



TÜRKİYE CUMHURİYETİ CUMHURBAŞKANLIĞI
STRATEJİ VE BÜTÇE BAŞKANLIĞI

ON İKİNCİ KALKINMA PLANI
2024 - 2028

SAĞLIĞIN KORUNMASI VE GELİŞTİRİLMESİ

ÖZEL İHTİSAS KOMİSYONU RAPORU

ANKARA 2023



**T.C. CUMHURBAŞKANLIĞI
STRATEJİ VE BÜTÇE BAŞKANLIĞI**

**ON İKİNCİ KALKINMA PLANI
(2024-2028)**

**SAĞLIĞIN KORUNMASI VE
GELİŞTİRİLMESİ**

ÖZEL İHTİSAS KOMİSYONU RAPORU

ANKARA 2023

ISBN 978-625-8356-83-0

Bu yayının tüm hakları Strateji ve Bütçe Başkanlığına aittir.
Kaynak gösterilmek suretiyle alıntı yapılabilir.

İÇİNDEKİLER

TABLolar.....	iv
GRAfİKLER	v
KISALTMALAR	vii
YÖNETİCİ ÖZETİ	xii
1. GİRİŞ	1
2. MEVCUT DURUM ANALİZİ.....	6
2.1. Dünyada Genel Durum.....	6
2.1.1. Sağlık Hizmetlerinde Erişim ve Hakkaniyet	6
2.1.2. Sağlık Hizmetlerinde Sürdürülebilirlik	7
2.1.3. İklim Değişikliği, Afet ve Acil Durum Yönetimi.....	8
2.1.4. Bulaşıcı Hastalıklar.....	9
2.1.5. Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Risk Faktörleri	10
2.1.6. Dijital Sağlık Çözümleri.....	10
2.2. Türkiye’de Genel Durum.....	11
2.2.1. Türkiye’de Kalkınma Planları ve Sağlık	11
2.2.2. Demografik Göstergeler	16
2.2.3. Sağlık Statüsü	17
2.2.3.1. Ortalama Yaşam Süresi.....	17
2.2.3.2. Bebek Ölümleri	18
2.2.3.3. Beş Yaş Altı Ölümleri.....	20
2.2.3.4. Anne Ölümleri	21
2.2.3.5. Sağlık Sorunları	22
2.2.3.6. Ölüm Nedenleri.....	23
2.2.4. Sağlık İnsan Gücü.....	24
2.2.5. Sağlık Hizmetleri Sunumu Altyapısı.....	28
2.2.5.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri	28

2.2.5.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri.....	31
2.2.5.3. Sağlık Teknolojileri.....	35
2.2.6. Sağlık Hizmetleri Kullanımı.....	37
2.2.6.1. Sağlık Kurumlarının Çalışmaları	37
2.2.6.2. Verimlilik Düzeyleri	44
2.2.7. Memnuniyet Düzeyleri	46
2.2.8. Sağlık Harcamaları	47
2.2.9. Covid-19 ile İlgili Temel Göstergeler	51
2.2.10. On Birinci Kalkınma Planı Döneminin Değerlendirilmesi	53
3. PLAN DÖNEMİ PERSPEKTİFİ	54
3.1. On İkinci Kalkınma Planı Hedefleri.....	54
3.1.1. Koruyucu ve Geliştirici Sağlık Hizmetlerinin Güçlendirilmesi.....	55
3.1.2. Bulaşıcı Olmayan Hastalıklarla Mücadele.....	57
3.1.3. Covid-19 Pandemisi ve Bulaşıcı Hastalıklarla Mücadele.....	61
3.1.4. Çocuk, Kadın ve Üreme Sağlığı – Anne ve Bebek Ölümleri	65
3.1.5. Nadir Hastalıklar	66
3.1.6. Yataklı Tesis Planlaması.....	68
3.1.7. Sağlık İnsan Gücünün Nicelik ve Nitelik Olarak İyileştirilmesi ve Bölgeler Arası Dengeli Dağılımın Gözetilmesi	69
3.1.8. Aktif Yaşlanma ve Yaşlı Nüfusa Yönelik Sağlık Hizmetleri	70
3.1.9. Göç Sağlığı Hizmetleri	73
3.1.10. Sağlıkta Hizmet Sunum Kalitesinin Artırılması	74
3.1.11. Veri ve Kanıta Dayalı Politika Oluşturma – Veri Üretimi	76
3.1.12. Sağlık Hizmetlerinin ve Hastanelerin Dijitalleşmesi	77
3.1.13. Akılcı İlaç Kullanımı	79
3.1.14. Yenilikçi İlaç ve Tıbbi Cihaz Üretimi.....	80
3.1.15. Sağlık Turizmi	81
3.1.16. Üniversite Hastanelerinin Sağlık Sistemi İçerisindeki Rolü ve Mali Sorunları....	83

3.1.17. Sağlık Sisteminde Mali Sürdürülebilirliğin Sağlanması.....	85
3.2. Uzun Vadeli Hedefler.....	87
4. SONUÇ VE GENEL DEğERLENDİRME.....	91
KAYNAKLAR.....	96

TABLÖLÄR

Tablo 1. Dünden Bugüne Türkiye’de Kalkınma Planları	12
Tablo 2. Yaş Gruplarına Göre Toplam Nüfus ve Gelecek Yıllara İlişkin Tahminler	16
Tablo 3. Genel Demografik Göstergeler ve Gelecek Yıllara İlişkin Tahminler	17
Tablo 4. ICD-10 Ana Tanı Grubu ve Cinsiyete Göre Hastane Yatışları.....	23
Tablo 5. ICD-10 Ana Tanı Gruplarına Göre Ölüm Nedenleri	24
Tablo 6. Yıllar İtibarıyla Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarının Sayısı	29
Tablo 7. Yıllar İtibarıyla Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarına Yapılan Müracaat Sayısı	37
Tablo 8. Yıllara Göre Aşılama Oranları.....	38
Tablo 9. Sağlık Göstergeleri ve Hedefler	53

GRAFİKLER

Grafik 1. Yıllar İtibarıyla Doğumda Beklenen Yaşam Süresi	18
Grafik 2. Yıllar İtibarıyla Bebek Ölüm Hızı	19
Grafik 3. Bölgelere Göre Bebek Ölüm Hızı.....	19
Grafik 4. Yıllar İtibarıyla 5 Yaş Altı Ölüm Hızı	20
Grafik 5. Bölgelere Göre 5 Yaş Altı Ölüm Hızı	21
Grafik 6. Yıllar İtibarıyla Anne Ölüm Oranı.....	21
Grafik 7. Yıllar İtibarıyla Anne Ölüm Oranı.....	22
Grafik 8. Yıllar İtibarıyla Bin Kişiyeye Düşen Hekim Sayıları.....	25
Grafik 9. Bölgelere Göre Bin Kişiyeye Düşen Hekim Sayıları	26
Grafik 10. Yıllar İtibarıyla Bin Kişiyeye Düşen Hemşire ve Ebe Sayısı.....	26
Grafik 11. Bölgelere Göre Bin Kişiyeye Düşen Hemşire ve Ebe Sayısı	27
Grafik 12. Yıllar İtibarıyla Bin Kişiyeye Düşen Diğer Sağlık Personeli Sayısı	27
Grafik 13. Yıllar İtibarıyla Hekim Başına Düşen Hemşire Sayısı	28
Grafik 14. Yıllar İtibarıyla Aktif Çalışan Aile Hekimi Başına Düşen Nüfus	30
Grafik 15. Bölgelere Göre Aile Hekimi Başına Düşen Nüfus	30
Grafik 16. Yıllara ve Mülkiyete Göre Hastane Sayısı.....	31
Grafik 17. Yıllara ve Mülkiyete Göre Hastane Yatağı Sayısı.....	32
Grafik 18. Yıllar İtibarıyla Bin Kişiyeye Düşen Hastane Yatağı Sayısı.....	32
Grafik 19. Bölgelere Göre Bin Kişiyeye Düşen Hastane Yatağı Sayısı	33
Grafik 20. Yıllar İtibarıyla Nitelikli Yatakların Toplam Yataklar İçindeki Payı.....	34
Grafik 21. Yıllar İtibarıyla Mülkiyete Göre Yoğun Bakım Yatak Sayıları	34
Grafik 22. Bölgelere Göre On Bin Kişiyeye Düşen Yoğun Bakım Yatak Sayıları	35
Grafik 23. Yıllar İtibarıyla Bir Milyon Kişiyeye Düşen MR Cihazı Sayısı	36
Grafik 24. Yıllar İtibarıyla Bir Milyon Kişiyeye Düşen BT Cihazı Sayısı.....	36
Grafik 25. Yıllar İtibarıyla Birinci Basamak Sağlık Kuruluşları Sevk Hızı	38

Grafik 26. Yıllara ve Mülkiyete Göre Hastaneye Müracaat Dağılımı	39
Grafik 27. Yıllar İtibarıyla Kişi Başına Düşen Hekime Müracaat Sayısı	40
Grafik 28. Yıllara Göre Kişi Başına Düşen Sağlık Kuruluşlarına Müracaat Sayısı	40
Grafik 29. Yıllara ve Mülkiyete Göre Yatan Hasta Dağılımı	41
Grafik 30. Yıllara ve Mülkiyete Göre Ameliyat Dağılımı	42
Grafik 31. Yıllar İtibarıyla Sezaryen Doğumların Tüm Doğumlar İçindeki Payı.....	42
Grafik 32. Yıllar İtibarıyla MR Cihazının Bin Kişiye Düşen Görüntüleme Sayısı	43
Grafik 33. Yıllar İtibarıyla BT Cihazının Bin Kişiye Düşen Görüntüleme Sayısı.....	44
Grafik 34. Yıllara ve Mülkiyete Göre Ortalama Yatış Süresi.....	45
Grafik 35. Yıllara ve Mülkiyete Göre Yatak Doluluk Oranı	45
Grafik 36. Yıllara ve Mülkiyete Göre Yatak Devir Aralığı	46
Grafik 37. Yıllar İtibarıyla Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet Düzeyi	47
Grafik 38. Yıllar İtibarıyla Kişi Başına Düşen Cari Sağlık Harcaması.....	48
Grafik 39. Yıllar İtibarıyla Kişi Başına Düşen Kamu ve Özel Cari Sağlık Harcaması	48
Grafik 40. Yıllar İtibarıyla Toplam Sağlık Harcamalarının GSYH İçindeki Payı.....	49
Grafik 41. Kamu Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcaması İçindeki Payı.....	49
Grafik 42. Cepten Yapılan Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçindeki Payı	50
Grafik 43. Yıllar İtibarıyla Kişi Başına Düşen Cepten Sağlık Harcaması Tutarı	51
Grafik 44. Toplam Covid-19 Vaka Sayısı.....	51
Grafik 45. Toplam Covid-19 Kaynaklı Ölüm Sayısı	52
Grafik 46. En Az İki Doz Aşı Olmuş Birey Oranı	52

KISALTMALAR

AÇSAP	: Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması
AFAD	: Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı
AIHW	: Australian Institute of Health and Welfare (Avustralya Sağlık ve Refah Enstitüsü)
Ar-Ge	: Araştırma Geliştirme
BCG	: Verem Aşısı
BT	: Bilgisayarlı Tomografi
ÇEKÜS	: Çocuk, Ergen Kadın ve Üreme Sağlığı
DaBT	: Difteri aselüler Boğmaca Tetanoz Aşısı
DPT	: Devlet Planlama Teşkilatı
GETAT	: Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp
GSS	: Genel Sağlık Sigortası
GSYH	: Gayri Safi Yurtiçi Hâsıla
GV	: Gelir Vergisi
HBV	: Hepatit B Aşısı
HES	: Hayat Eve Sığar
HIV	: Human Immunodeficiency Virus (İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü)
HTA	: Health Technology Assessment (Sağlık Teknolojisi Değerlendirme)
ICD-10	: Uluslararası Hastalık Sınıflandırması - Versiyon 10
ICD-11	: Uluslararası Hastalık Sınıflandırması - Versiyon 11
ICHI	: International Classification of Health Interventions (Uluslararası Sağlık Müdahaleleri Sınıflandırması)
KDV	: Katma Değer Vergisi
KETEM	: Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri

KKK	: Kızamık Kızamıkçık Kabakulak Aşısı
KÖİ	: Kamu-Özel İşbirliği
KPA	: Konjuge Pnömonokok Aşısı
KV	: Kurumlar Vergisi
MR	: Manyetik Rezonans
NICE	: National Institute for Health and Care Excellence (Ulusal Sağlık ve Bakım Mükemmellik Enstitüsü)
OECD	: Organisation for Economic Co-operation and Development (Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü)
ÖİK	: Özel İhtisas Komisyonu
SB	: Sağlık Bakanlığı
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
SGP (PPP)	: Satınalma Gücü Paritesi
STD	: Sağlık Teknoloji Değerlendirmeleri
SUT	: Sağlık Uygulama Tebliği
TİG	: Teşhis İlişkili Gruplar
TSM	: Toplum Sağlığı Merkezi
TUS	: Tıpta Uzmanlık Sınavı
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
TÜSEB	: Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı
UMKE	: Ulusal Medikal Kurtarma Ekibi
UN	: United Nations (Birleşmiş Milletler)
US FDA	: U.S. Food and Drug Administration (ABD Gıda ve İlaç Dairesi)
Ür-Ge	: Ürün Geliştirme
WHO	: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)
WB	: World Bank (Dünya Bankası)
YÖK	: Yükseköğretim Kurulu

KOMİSYON ÜYELERİ

BAŞKAN:

Prof. Dr. Haluk Özsarı

Değer Temelli Sağlık Derneği

RAPORTÖR:

Prof. Dr. Özgür UĞURLUOĞLU

Hacettepe Üniversitesi

RAPORTÖR YARDIMCILARI:

Arş. Gör. Birol YETİM

Hacettepe Üniversitesi

Arş. Gör. Şenol DEMİRCİ

Hacettepe Üniversitesi

KOORDİNATÖRLER:

Ayşe SOFUOĞLU

Strateji ve Bütçe Başkanlığı

Yıldız ERKMEN

Strateji ve Bütçe Başkanlığı

Sema YILMAZ GÜLCEMAL

Strateji ve Bütçe Başkanlığı

ÜYELER:

Adem YALÇINKAYA

Sağlık Bakanlığı

Ahmet Oğuz SARICA

Strateji ve Bütçe Başkanlığı

Ahmet Şah KOLAN

Özel Hastaneler ve Sağlık Kuruluşları Derneği

Ahmet GÜL

İstanbul Üniversitesi

Ali Kemal BEYTAŞ

Sağlık Bakanlığı

Arife ÖNGÜT

Sağlık Bakanlığı

Atilla ARAL

Ankara Üniversitesi

Azmi EKMEK

Sağlık Bakanlığı

Baki DERHEM

Sağlık Bakanlığı

Banu KÜÇÜKEL

Türkiye Odalar ve Borsalar Birliği

Bekir KESKİNKILIÇ

Sağlık Bakanlığı

Berrak BORA BAŞARA

Sağlık Bakanlığı

Cesim ÇELİK

Strateji ve Bütçe Başkanlığı

Çiğdem TÜRKSEVEN

Sağlık Bakanlığı

Dilek Sernur EMİNOĞULLARI

Sosyal Güvenlik Kurumu

Dilek TARHAN

Sağlık Bakanlığı

Ela YOL

Strateji ve Bütçe Başkanlığı

Engin KARABAŞ
Figen ÇİZMECİ ŞENEL
Gazi ZORER
Hale ALTAN
Hasan BOSTANCI
Hasan Hüseyin YILDIRIM
Haydar SUR
İbrahim Halil KAYRAL
İdris BEYAZİT
İhsan Orkun YILMAZ
İrfan Atilla ÖZER
Kemal KUL
Kübra SOYDAŞ VERİM
Levent AKIN
Mahir Ülgü
Mehmet Ali ÖZCAN
Mehmet Burak ÖZTOP
Mehmet Kürşat DERİCİ
Meryem ŞİRİN
Mesil AKSOY
Muhammed Ertuğrul EĞİN
Mukadder YER
Mustafa ERDOĞAN
Mustafa Kemal BAŞARALI
Mustafa KOSDAK
Mustafa ÖRNEK
Mutlu İNCE
Necdet ÜNÜVAR
Necla ÖZER
Nur VURAL MERAL
Oğuzhan YEŞİLOVA
Onur Burak DURSUN
Osman Nuri ERDEM
Özge CEVHER
Özgür ÖZTAN

Sağlık Bakanlığı
Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi
Türk Hekimleri Dostluk ve Dayanışma Derneği
Zay Strateji Danışmanlık Hizmetleri A.Ş.
Gazi Üniversitesi
Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı
Üsküdar Üniversitesi
Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı
Türkiye İstatistik Kurumu
Türk Eczacılar Birliği
Uluslararası Sağlık Hizmetleri Anonim Şirketi
Sağlık Bakanlığı
Sağlık Bakanlığı
Hacettepe Üniversitesi
Sağlık Bakanlığı
Dokuz Eylül Üniversitesi
Sağlık Bakanlığı
Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu
Sosyal Güvenlik Kurumu
Sağlık Bakanlığı
Sağlık Bakanlığı
Sosyal Güvenlik Kurumu
Sağlık Bakanlığı
Sağlık Bakanlığı
Sağlık Bakanlığı
Sağlık Bakanlığı
Dışişleri Bakanlığı, AB Başkanlığı
Ankara Üniversitesi
Hacettepe Üniversitesi
Hazine ve Maliye Bakanlığı
Strateji ve Bütçe Başkanlığı
Sağlık Bakanlığı
Strateji ve Bütçe Başkanlığı
Dışişleri Bakanlığı, AB Başkanlığı
Ankara Üniversitesi

Özlem ERGİN	Sosyal Güvenlik Kurumu
Özlem GÜNGÖR	Strateji ve Bütçe Başkanlığı
Pınar KOÇATAKAN	Sağlık Bakanlığı
Ramazan Azim OKYAY	Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi
Rukiye NUMANOĞLU	Türkiye Odalar ve Borsalar Birliği
Sabahattin AYDIN	Sağlık Bakanlığı
Seda TÜRKSEVER	Sanofi Türkiye
Selami KILIÇ	Sağlık Bakanlığı
Serhat ÜNAL	Hacettepe Üniversitesi
Sevil SERİN	Sağlık Bakanlığı
Songül DOĞAN	Sağlık Bakanlığı
Tolga BALCI	Strateji ve Bütçe Başkanlığı
Uğur ÖZBEK	Acıbadem Üniversitesi
Ümit Osman DERELİ	Araştırmacı İlaç Firmaları Derneği
Ümran ERGENÇ PAŞALIOĞLU	Strateji ve Bütçe Başkanlığı
Yasin Şahin OĞUZ	Sağlık Bakanlığı
Yavuzhan YAMAN	Strateji ve Bütçe Başkanlığı
Yeşim BOYBEK	Hazine ve Maliye Bakanlığı
Yıldız ERKMEN	Strateji ve Bütçe Başkanlığı
Yusuf ÇELİK	Marmara Üniversitesi
Yusuf IRMAK	Sağlık Bakanlığı
Zahide ŞENALP	Sağlık Bakanlığı
Zeynep Safiye ÇELİKOĞLU	Strateji ve Bütçe Başkanlığı

YÖNETİCİ ÖZETİ

On İkinci Kalkınma Planı çalışmaları çerçevesinde oluşturulan Sağlıkın Korunması ve Geliştirilmesi Özel İhtisas Komisyonu (ÖİK), “sağlık sistemi hizmet sunum kalitesi ve etkinliğinin küresel gelişmeler doğrultusunda artırılması, çok sektörlü ve multidisipliner bakış açısıyla koruyucu sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve kanıta dayalı politikalarla mali sürdürülebilirliğin sağlanması” amacıyla 9-10 Ocak 2023 tarihleri arasında toplanmış ve Türkiye Cumhuriyeti Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı tarafından tayin edilen bir raportör tarafından Türk sağlık sistemi mevcut durumu hakkında hazırlanan rapor sunularak tartışmaya açılmıştır.

Toplantıda, önceden hazırlanan tartışma soruları çerçevesinde komisyon üyeleri tarafından mevcut sorunlar ve bu sorunlara yönelik çözüm önerileri tartışılmıştır. Komisyon üyeleri tarafından yürütülen tartışmalar, belirlenen ana başlıklar halinde raportör tarafından ara rapora dönüştürülmüştür. Ara rapor daha sonra katılımcılara e-posta ile gönderilmiş ve 31 Ocak 2023 tarihindeki “İkinci Aşama ÖİK Toplantısında” tüm katılımcıların tartışmasına açılmıştır. Bu tartışmalar neticesinde ve e-posta ile gelen öneriler de dikkate alınarak ara rapora nihai hali verilmiştir.

Raporun mevcut durum kısmında yer alan temel bulgu ve tespitler şunlardır:

- Türkiye yıl ortası nüfusu 2020 yılı itibarıyla 83,4 milyondur ve nüfus artış hızı ise %5,5 olarak tespit edilmiştir. Toplam nüfusun %9,5'i, 65 yaş ve üzerinde yer almaktadır.
- Türkiye’de 2019 yılı itibarıyla ortalama yaşam süresi 78,6 yıl olup 80,6 yıl olan OECD ülkeleri ortalamasının oldukça yakınında olduğu görülmektedir.
- Türkiye’de bebek ölüm hızı 2020 yılında 1.000 canlı doğumda 8,5 olarak hesaplanmıştır ve bu oran halen OECD ülkeleri ortalamasının yaklaşık 2 katı seviyesindedir. Türkiye’de bebek ölüm hızının bölgelere göre farklılığını koruduğu görülmektedir.
- 2018 yılı itibarıyla hastane yatışlarının en önemli ilk beş nedeni, solunum sistemi hastalıkları (%12,7), sindirim sistemi hastalıkları (%11,8), sağlık hizmetleriyle temas ve sağlık durumunu etkileyen faktörler (%11), gebelik, doğum ve lohusalık (%10,8) ve dolaşım sistemi hastalıklarıdır (%8).
- Türkiye’de bin kişiye düşen hekim sayısı 2020 yılında 2,1’e yükselmiştir. Ancak hala 3,6 olan OECD ülkeleri ortalamasının altında yer almaktadır.

- 2020 yılı itibarıyla Türkiye’de 8.015 aile sağlığı merkezi, 26.594 aile hekimliği birimi ve 779 toplum sağlığı merkezi bulunmaktadır. Türkiye genelinde 2020 yılı itibarıyla ortalama 3334 kişiye bir aile hekimi hizmet vermektedir.
- Türkiye’de 2020 yılı itibarıyla toplam 1.534 hastane bulunmaktadır. 2020 yılında 251.182 olan toplam hastane yatağı sayısının %62,5’ine Sağlık Bakanlığının sahip olduğu görölmektedir.
- 2020 yılı itibarıyla Türkiye’de bir milyon kişiye düşen MR cihazı sayısı 11,2 iken OECD ölkeleri ortalaması 18,7’dir. Türkiye’de bir milyon kişiye düşen BT cihazı sayısı 14,9 iken OECD ölkeleri ortalaması 29,8’dir.
- 2010 yılında başlayan aile hekimliği uygulamasından bu yana aile hekimlerine müracaat sayısı 109 milyondan 2020 yılında 247 milyona ulaşmıştır.
- 2020 yılında hastanelere yapılan toplam 332 milyon müracaatın hastane mülkiyetlerine göre dağılımına bakıldığında %72,2’sinin Sağlık Bakanlığı hastanelerine, %18,3’ünün özel hastanelere ve %9,5’inin üniversite hastanelerine yapıldığı görölmektedir.
- Türkiye’de hekim yoğunluğu OECD ölkeleri ortalamasının altında kalmasına karşın kişi başına düşen hekime başvuru sayısı 2020 yılı itibarıyla 7,2 olup OECD ölkeleri ortalamasının (5,8) üzerindedir.
- Ortalama yatış süresinin 2016 yılı Türkiye ortalaması 4 gün iken 2020 yılında 4,5 güne çıkmıştır. OECD ölkeleri ortalaması ise 2020 yılında 8,5 gündür.
- Türkiye’de yatak doluluk oranı ortalamasının 2016 yılında %68,1’den 2020 yılında %52,5’e gerilediği görölmektedir. OECD ölkeleri ortalaması ise %75,7’dir.
- Türkiye’de 2016 yılında 1.129\$ olan kişi başına düşen cari sağlık harcaması 2020 yılında 1.387\$’a yükselmiştir. OECD ölkeleri ortalaması ise 2020 yılı için 4.278\$’dır.
- Türkiye’de GSYH’nın %5’i sağlık harcamalarına ayrılırken OECD ölkelerinde bu oranın ortalaması %9,7 olarak hesaplanmıştır.
- 30 Ekim 2022 tarihi itibarıyla Türkiye’nin bir milyonda 198.258 Covid-19 vaka sayısı ile bir milyonda 370.507 olan OECD ortalamasının oldukça altında bir vaka sayısına sahip olduğu görölmektedir.
- 31 Ağustos 2022 tarihi itibarıyla en az iki doz aşı olmuş birey oranı Türkiye’de %62,3 iken OECD ölkeleri ortalaması %75 seviyesindedir.

Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesi ÖİK çalışmalarında; koruyucu ve geliştirici sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi, bulaşıcı olmayan hastalıklarla mücadele, Covid-19 pandemisi ve bulaşıcı hastalıklarla mücadele, çocuk, kadın ve üreme sağlığı – anne ve bebek ölümleri, nadir hastalıklar, yataklı tesis planlaması, sağlık insan gücünün nicelik ve nitelik olarak iyileştirilmesi ve bölgeler arası dengeli dağılımın gözetilmesi, aktif yaşlanma ve yaşlı nüfusa yönelik sağlık hizmetleri, göç sağlığı hizmetleri, sağlıkta hizmet sunum kalitesinin artırılması, veri ve kanıta dayalı politika oluşturma – veri üretimi, sağlık hizmetlerinin ve hastanelerin dijitalleşmesi, akılcı ilaç kullanımı, yenilikçi ilaç ve tıbbi cihaz üretimi, sağlık turizmi, üniversite hastanelerinin sağlık sistemi içerisindeki rolü ve mali sorunları, sağlık sisteminde mali sürdürülebilirliğin sağlanması ana başlıkları ve bu başlıklar altındaki alt başlıklar kapsamında tartışmalar yürütülmüştür. Bu tartışmalar sonucunda ulaşılan ve plan dönemi perspektifine yönelik temel bazı öneriler şunlardır:

- Birinci basamak sağlık hizmetlerinin öneminin tüm vatandaşlara ve karar alıcılara anlatılması ve Sosyal Güvenlik Kurumunun ajandasına dâhil edilmesi gerekmektedir.
- Aile hekimliği sisteminde bölgesel hiyerarşi önemli bir çözüm önerisi olarak görülmektedir. Konuya bölgesel hiyerarşik konsültasyon zincirleri sağlayacak şekilde yaklaşılmasında ve konsültasyon zinciri gibi bir sistemin aile hekimliği sistemine dâhil edilmesinde fayda görülmektedir.
- Kadın doğum ve pediatri gibi uzmanlık alanlarındaki hekimler, diş hekimleri, eczacılar ve diyetisyenler ile güçlendirilmiş aile sağlığı merkezleri, hizmet basamakları arasındaki entegrasyonun geliştirilmesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Yaşlılığın beraberinde getirdiği her türlü sağlık hizmeti ile beslenme, ilaç, tedaviye yardımcı araçlar gibi çeşitli masrafların karşılanmasının Sosyal Güvenlik Kurumunun ödeme kapsamına dâhil olması düşünülmelidir.
- Sağlık kavramına multidisipliner bir bakış açısı ile yaklaşılmalıdır.
- Primordial (temel) korunmanın bulaşıcı olmayan hastalıklar ile mücadeledeki öneminin farkına varılarak temel eğitim programları içerisine bu korunma yöntemlerine yer verilmesi gerekmektedir.
- Kompleks hastalıklarla ilgili tarama programlarında bir sınıflamaya ihtiyaç vardır. Aile öyküsüne dayalı bir tarama programının geliştirilmesi ve aile öyküsüne bağlı taramalar yapılmasının daha pratik ve ekonomik sonuçlar oluşturacağı öngörülmektedir.

- Sağlık okuryazarlığının teşvik edilmesi ve koruyucu sağlık ile ilgili birey sorumluluğunun geliştirilmesine yönelik faaliyetlerin planlanması önerilmektedir.
- Pandemiler henüz ortaya çıkmadan önce onu tespit ve takip edecek sistemlerin kurulması gerekmektedir.
- Farklı türde pandemiler söz konusu olabilir ve bu noktada jenerik uygulamalara ve jenerik pandemi ile mücadele planlarına ihtiyaç duyulmaktadır.
- Pandemi ile mücadelede alınan önlemler konusunda kamuoyunun ikna edilmesinin önemi bilinmektedir. Bu konuda içinde sivil toplum kuruluşları temsilcilerinin de yer aldığı bağımsız kalıcı bir pandemi kurulu oluşturulması değerlendirilmelidir.
- Aşı geliştirilmesi ve üretimi alanlarına yatırım yapılmasının oldukça önemli olduğu düşünülmektedir.
- Aşılama programlarının, “yaşam boyu bağışıklama programları” şeklinde ele alınması gerekmektedir.
- Çocuk, kadın ve üreme sağlığı hizmetlerinin güçlendirilmesi konusunda; kadının eğitimi, doğum aralıklarının yönetimi, bölgesel bebek ve anne beslenmesi ile ilgili farklılıkların giderilmesi, akraba evliliklerinin ve erken yaşta evliliklerin önlenmesi gibi tedbirlerin dikkate alınması gerekmektedir.
- Nadir hastalıklar ile ilgili evlilik öncesi ve yenidoğan tarama programlarının genişletilmesi ve Sağlık Bakanlığının tarama ile ilgili hususlarda üniversiteler ile birlikte karar vermesi önerilmektedir.
- Yetim ilaçların geri ödemesinde değer temelli yaklaşımların tercih edilmesi ve bunun kaynağının ayrı bir fon ya da bütçe ile karşılanması önerilmektedir.
- Var olan yatak sayısı ile etkili bir hizmet sunumunun gerçekleştirilebilmesi için; ayakta tanı ve tedavi işlemlerinin hızlandırılması ve imkânlarının artırılması, evde bakım ve palyatif bakım merkezlerinin iyileştirilmesi, uzaktan sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve personel yetersizliklerinin giderilmesi önerilmektedir.
- Sağlık insan gücü dağılımdaki dengesizliklerin bir insan kaynakları yönetimi sorunu olduğu dikkate alındığında nitelikli insan gücünü istihdam edebilmeyi kolaylaştıracak, yarı zamanlı ya da anlaşmalı kadrolar gibi çeşitli kadro tiplerini değerlendirmeye alarak istihdam modellerinde çeşitlendirmeye gidilmesi önerilmektedir.
- Yaşlı bakımında hem sağlık hem de sosyal hizmet boyutlarını bir araya getiren bir bakış açısına ihtiyaç vardır.

- Evde bakım ve palyatif bakımın finansal olarak sürdürülebilirliğinin sağlanabilmesi için finansal bir modele ihtiyaç vardır.
- Sağlıkta hizmet sunum kalitesinin artırılabilmesi için kalitenin uygun ödeme ya da ödüllendirme sistemi ile desteklenmesi gerekmektedir.
- Hasta güvenliğinin sağlanması ve tıbbi hataların önlenmesi konusunda düzenlemelere, kültürel ve davranış değişikliğine ve özellikle çalışan farkındalığına ihtiyaç vardır.
- Farklı kurumların ürettikleri sağlık verilerinin birbirinden haberdar olmasını, eşgüdümlü olmasını ve aynı havuzda toplanmasını sağlayacak karar destek sistemlerinin kurulması önerilmektedir.
- Kamuda yazılım satın alma sürecine bir mal satın almak gibi değil bir hizmet satın almak olarak yaklaşılması ve kamunun yazılım ile ilgili temel felsefesini değiştirmesi önerilmektedir.
- Dijital teknolojilerin sağlık sektöründe hangi alanlarda nasıl kullanılacağı konusunda sınırlılıkların belirlenmesi ve dijitalleşmenin hukuki ve etik yönden değerlendirilerek yasal mevzuatın oluşturulması gerekmektedir.
- Sağlık sisteminde hekimler için tanı ve tedavi edici kısımda yönlendirici algoritmalara yani klinik rehberlere gereksinim bulunmaktadır.
- Farklı ilaç ve tedavi yöntemleri arasında hangisinin geri ödeneceği ya da bir hizmetin geri ödeme kapsamına alınıp alınmayacağı ile ilgili çalışmalar yürütmek için geri ödemedeki bağımsız bir yapılanmaya ihtiyaç duyulmaktadır. Geri ödeme kararlarının özellikle sağlık teknolojisi değerlendirme çalışmalarına dayandırılması ise oldukça önemlidir.
- Sağlık turizminde katma değeri daha yüksek alanlara yönelmek gerekmektedir. Sağlıklı yaşam, termal köyler, palyatif bakım, yaşlı bakımı gibi önemli potansiyel konular ile sağlık turizmini çok geniş bir alanda düşünmek önemlidir.
- Üniversite hastanelerinin yeniden yapılanma ihtiyacı olduğu düşünülmektedir. Üniversite hastaneleri için yeni bir yönetim modeli oluşturulması oldukça önemlidir.
- SUT fiyatlarının gerçekçi maliyet değerlendirilmeleri yapılarak düzenlenmesi, sağlık kuruluşlarının mali sürdürülebilirliği açısından oldukça önemlidir.

1. GİRİŞ

Türkiye’de sağlık sisteminin son yirmi yıl içerisinde önemli bir dönüşüm süreci içerisinde olduğu ve 2003 yılında uygulanmaya başlanan Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanında önemli değişikliklere gidildiği bilinmektedir. Program ile birlikte aile hekimliği uygulamasına geçilmiş, genel sağlık sigortası oluşturulmuş, kalite ve akreditasyon çalışmalarına öncelik verilmiş, ilaç sektöründe önemli düzenlemelere gidilmiş, sağlık çalışanlarına ödeme yöntemleri düzenlenmiş, fiziki altyapı yatırımları geliştirilmiş ve bunun gibi çok sayıda sistematik yapısal değişim pek çok sağlık göstergesi üzerinde önemli etkiler göstermiş ve aynı zamanda tedavi maliyetleri yüksek olan kronik hastalıkların da artma eğilimi ile birlikte sağlık harcamaları üzerinde de etkilere sahip olmuştur.

Türkiye’de son yıllarda bulaşıcı olmayan hastalıkların hastane yatışlarının en önemli nedenleri arasında yer aldığı ve ölümlerin de önemli bir kısmının bulaşıcı olmayan hastalıklardan kaynaklandığı bilinmektedir. Bu hastalıkların fiziksel hareketsizlik, tütün kullanımı ve sağlıksız beslenme gibi risk faktörleri de giderek artan bir şekilde önemli bir halk sağlığı sorunu olmaya devam etmektedir. Bulaşıcı olmayan hastalıkların sağlık harcamaları üzerindeki önemli etkisi yanında ciddi ekonomik kayıplara neden olduğu da bilinmektedir. Türkiye’de yaşlı nüfus oranının da yıllar içerisinde giderek arttığı da dikkate alındığında bulaşıcı olmayan hastalıklara yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin geliştirilmesinin de önem taşıdığı düşünülmektedir.

İlk kez 2019 yılı sonunda ortaya çıkan ve Mart 2020’de Dünya Sağlık Örgütü tarafından pandemi olarak ilan edilen Covid-19 salgını ise kısa süre içerisinde tüm dünya gibi Türkiye’yi de etkisi altına alarak çok sayıda insana bulaşmış ve çok sayıda ölüme sebep olmuştur. Salgının olumsuz etkileri sağlık yanında pek çok sektörü de etkilemiş, alınan önlemler ile pandeminin yayılımı engellenmeye çalışılmış ve 2021 yılının başlarında ilk aşı uygulamalarının başlamasıyla pandemi ile daha etkili bir mücadele gerçekleştirilmiştir. Covid-19 salgını; sağlık hizmetleri kullanımı, sağlık statüsü, sağlık hizmetleri altyapısı, sağlık insan gücü ve sağlık harcamaları üzerinde önemli etkilere sahip olmuş pek çok sağlık göstergesinin seyrini de değiştirmiştir. Salgının önemli etkilerinden birisi de koruyucu sağlık hizmetlerini ön plana çıkarmış olmasıdır.

Bu sebeplerle On İkinci Kalkınma Planı kapsamında Sağlıkın Korunması ve Geliştirilmesi Özel İhtisas Komisyonu kurularak ilgili tarafların katılımı ile sağlık sisteminin daha iyi çalışması için yapılması gerekenlerin saptanması amaçlanmıştır. Özel ihtisas

komisyonu raporunda incelenen ana başlıklar “sağlığın korunması” ve “sağlığın geliştirilmesi” olarak belirlenmiş ve bu komisyonun temel amacı “sağlık sistemi hizmet sunum kalitesi ve etkinliğinin küresel gelişmeler doğrultusunda artırılması, çok sektörlü ve multidisipliner bakış açısıyla koruyucu sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve kanıta dayalı politikalarla mali sürdürülebilirliğin sağlanması” olarak tespit edilmiştir.

Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesi Özel İhtisas Komisyonunda yer alan katılımcılar tarafından cevabı aranan bazı sorular şu şekildedir:

- Koruyucu ve geliştirici sağlık hizmetlerinin güçlendirilerek hizmet basamakları arasında (birinci ve ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri) öncelikli politika önerileri nelerdir?
 - Aile hekimliği sisteminin etkinleştirilmesi ve yaygınlaştırılmasına yönelik temel politika önerileri nelerdir?
 - Birinci basamak sağlık hizmetlerinin ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri ile entegrasyonunun sağlanması için yapılması gereken faaliyetler nelerdir?
 - Ülkemizde sevk zinciri uygulamasının daha etkin olarak hayata geçirilmesine yönelik politika önerileri nelerdir?
- Bulaşıcı olmayan hastalıklarla mücadelede ve koruyucu sağlık hizmetlerine ilişkin temel sorun alanları ve çözüm önerileri nelerdir?
 - Bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesine yönelik sağlıklı yaşamı teşvik etmek ve yaygınlaştırmak üzere sağlıklı beslenme, fiziksel aktivite, tütün ve uyuşturucu kullanımını ile mücadele, ruh sağlığının geliştirilmesi gibi konularda temel sorun alanları ve politika önerileri nelerdir?
 - Gelecekte kronik hastalıkların toplam hastalık yükü içerisindeki payının ne düzeyde olması beklenmektedir?
 - Öncelikle kronik hastalıklar önlenmesi amacıyla sektörler ve kurumlar arası koordinasyon gerektiren, gıda güvenilirliğinin sağlanması, çevre sağlığı, fiziksel aktivitenin teşvik edilmesi gibi konularda bireylerin hastalanmadan korunmasına yönelik temel çözüm önerileri nelerdir?
 - Koruyucu sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve erken teşhis edilebilir hastalıklara (nadir hastalıklar, kanser, diyabet vb.) yönelik tarama programlarına ilişkin politika önerileri nelerdir?
 - Toplumun sağlık bilincinin yükseltilmesine yönelik temel politika önerileri nelerdir?

- Covid-19 pandemisi deneyiminden hareketle bulaşıcı hastalıkların sağlık sistemlerinde yarattığı ani sağlık şoklarına adaptasyon kapasitesinin geliştirilmesi için alınması gereken önlemler nelerdir?
 - Covid-19 pandemisi sağlık statüsü, sağlık hizmetleri altyapısı, sağlık insan gücü ve sağlık harcamaları üzerinde ne tür etkiler göstermesi beklenmektedir?
 - Covid-19 sonrası ilerleyen dönemlerde pandeminin insan ruh ve beden sağlığı üzerinde oluşturduğu ve oluşturabileceği etkilere yönelik politika önerileri neler olmalıdır?
 - Acil durum ve afetlerde sağlık hizmetlerini daha iyi sunabilmek için ne tür planlamalara ihtiyaç duyulmaktadır?
 - Ülkemizde başta Covid-19 olmak üzere bulaşıcı hastalıklarla mücadele konusunda politika önerileri nelerdir?
- Çocuk, kadın ve üreme sağlığı hizmetlerinin güçlendirilerek yaygınlaştırılması, bebek ve anne ölümlerinin ve bu konudaki bölgesel farklılıkların azaltılmasına yönelik yapılması gereken politikalar nelerdir?
- Nadir görülen hastalıkların teşhis, tedavi ve geri ödeme süreçlerinin etkinleştirilmesi için politika önerileri nelerdir?
- Türkiye’de yatak sayılarının yanında yatak doluluk oranları OECD ve AB ortalamaları göz önünde bulundurularak yataklı sağlık tesisi planlamalarına ilişkin bölgesel farklılıklar göz önünde bulundurularak geliştirilebilecek politika önerileri nelerdir?
- Sağlık insan gücünün nicelik ve nitelik olarak iyileştirilmesi ve bölgeler arası dengeli dağılımın sağlanmasına yönelik temel politika önerileri nelerdir?
 - Performansa dayalı ek ödeme sistemine ilişkin temel sorun ve çözüm önerileri nelerdir?
 - Sağlık çalışanlarına yönelik sözel ve fiziksel şiddeti engellemek için ne tür önlemler alınmasına ihtiyaç vardır?
- Ülkemizde yaşlı nüfus oranındaki artış göz önünde bulundurularak aktif yaşlanmaya yönelik koruyucu ve yaşlı nüfusa yönelik tedavi edici sağlık hizmetleri kapsamında temel sorun alanları ve çözüme yönelik temel politika önerileriniz nelerdir? Bu kapsamda, evde sağlık ve bakım hizmetlerine yönelik çözüm önerileri nelerdir?
- Göç sağlığı hizmetlerinin etkinleştirilmesi ve mali sürdürülebilirliğinin sağlanmasına yönelik politika önerileri nelerdir?

- Sağlık hizmet sunum kalitesinin, etkinliğinin artırılması, hasta güvenliğinin sağlanması ve klinik kalitenin artırılmasına ve ölçülmesine yönelik yapılması gereken ve planlanan faaliyetler nelerdir?
- Sağlık alanında veri ve kanıta dayalı politika oluşturmada girdi olarak kullanılacak, bilimsel araştırma ve analizlerde kullanılmaya elverişli, uluslararası karşılaştırmalara olanak sağlayan kalite ve ayrıntıda veri üretimi konusunda temel sorun alanları ve çözüm önerileri nelerdir?
- Sağlık hizmetlerinin ve hastanelerinin dijitalleşmesi konusunu yaygınlaştırmak amacıyla neler yapılmalıdır?
 - Dijitalleşme faaliyetlerinin etkin bir şekilde yerine getirilmesi amacıyla ne tür modeller geliştirilmelidir
 - Uzaktan sağlık hizmetlerinin (Tele-Tıp, Tele-radyoloji vb.) geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması için politika önerileri nelerdir?
- Akılcı ilaç kullanımının sağlanması amacıyla hekim, hasta ve eczacılara ilişkin temel politika önerileri nelerdir?
- Bireyselleştirilmiş tedavi ve giyilebilir teknolojiler başta olmak üzere yenilikçi ilaç ve tıbbi cihazların sağlık sistemi içerisinde kullanımı ve geri ödemesine ilişkin sorun alanları ve çözüm önerileri nelerdir?
 - Yenilikçi ilaç ve tıbbi cihaz üretiminin artırılması için politika önerileri nelerdir?
 - Sağlıkta inovasyon ve Ar-Ge çalışmalarını teşvik etmek için yapılması gerekenler nelerdir?
- Ülkemizin sağlık turizmi potansiyelinin yeterince kullanılması ve bu alanda tercih edilen ülkeler arasında yer alması için ilgili tarafların temel politika önerileri nelerdir?
- Üniversite hastanelerinin sağlık sistemi içindeki rolü ve mali sorunları ile yönetimine ilişkin temel politika önerileri nelerdir?
- Sağlık sisteminde mali sürdürülebilirliğin sağlanmasına yönelik temel sorun alanları ve çözüm önerileri nelerdir?
 - Sağlık hizmetlerinde gereksiz kullanımın önüne geçilmesi ve sağlık harcamalarının etkinleştirilmesi amacıyla arz ve talep yönlü olarak alınabilecek temel önlemlere ilişkin politika önerileri nelerdir?
 - Başta hizmet sunumu, ilaç ve tıbbi cihazlara erişim, geri ödeme alanları olmak üzere sağlık sisteminin genelinde SUT fiyatlarından kaynaklı temel sorun alanları ve çözüm önerileri nelerdir?

- Global bütçe uygulamasının sağlık harcamaları ve hizmet sunumu üzerindeki etkileri, sorun alanları ve politika önerileri nelerdir?
- Sağlık hizmetlerinin, ilaç ve tıbbi cihazlarının kontrollü kullanımı, sağlık hizmet sunucuları ve kullanıcılarının tercihlerinin yönlendirilmesi kapsamında katılım payı uygulamasına ilişkin politika önerileri nelerdir?
- Sağlık hizmetlerini sunan ve finanse eden kuruluşlar arasındaki koordinasyon iyileştirilmesi için yapılması gereken faaliyetler nelerdir?
- Sağlık market uygulamalarının yaygınlaştırılması konusunda ihtiyaç duyulan çalışmalar nelerdir?
- Tanı İlişkili Gruplar gibi geri ödeme yöntemlerinin kullanımına ilişkin politika önerileri nelerdir?
- Kamu özel işbirliği projelerine mevcut durumda yapılan ve önümüzdeki dönem yapılacak olan kira ve hizmet bedellerine yönelik mali sürdürülebilirlik kapsamındaki politika önerileri nelerdir?
- Özel sağlık sigortacılığının tamamlayıcı sağlık sigortası dışında gelişimi nasıl sağlanmalıdır?

Komisyon çalışmaları bu sorular kapsamında yürütülmüştür. Bu raporda öncelikle özel ihtisas komisyonu çalışmalarına rehberlik etmek amacıyla Türkiye ve dünyadaki mevcut durum ortaya koyulmaya çalışılmıştır. Ardından plan dönemi perspektifi ile sonuç ve genel değerlendirmeye yer verilmiştir.

2. MEVCUT DURUM ANALİZİ

Bu bölümde öncelikle sağlık alanında yaşanan küresel gelişmeler ve uygulamalar ele alınmış ardından Türkiye’de kalkınma planları geçmişten günümüze değerlendirilmiştir. Bu bölümde ayrıca demografik göstergeler, sağlık statüsü, sağlık insan gücü, sağlık hizmetleri sunumu altyapısı, sağlık hizmetleri kullanımı, sağlık harcamaları ve Covid-19 ile ilgili temel göstergeler açısından Türkiye’deki mevcut durum uluslararası karşılaştırmalar da yapılarak ortaya koyulmaya çalışılmıştır.

2.1. Dünyada Genel Durum

Küreselleşme ve beraberinde getirdiği sorunlar, ülke sağlık sistemlerini etkilemektedir. Günümüz dünyasının karşılaştığı temel sorunlar ve küresel gelişmeler bu bölüm kapsamında aşağıdaki alt başlıklar halinde değerlendirilmiştir.

2.1.1. Sağlık Hizmetlerinde Erişim ve Hakkaniyet

Sağlık hizmetlerinde erişilebilirlik günümüz sağlık sistemlerinin temel sorunlarından biri olarak ön plana çıkmaktadır (OECD, 2021). Birçok sağlık hizmetinin sunulmadığı sağlık sistemleri, günümüz toplumunun talep ve beklentilerini karşılamada yetersiz kalabilmektedir. Bu nedenle, dünyanın birçok yerinde sağlık hizmetlerinde erişim ve kullanım ile ilgili sorunlar yaşanmaktadır. Tüm dünyada milyonlarca insanın ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerine erişim sağlayamadıkları tahmin edilmektedir (Ko, 2016; OECD, 2011). Bu durumun temel nedenleri incelendiğinde sağlık sistemleri ile ilgili yapısal sorunların ön plana çıktığı görülmektedir. Bu yapısal/sistemsel sorunların ise -büyük ölçüde- toplumsal talep ve ihtiyaçların yeterince dikkate alınmamasından ve sağlık hizmetlerinde kaynak tahsis sürecinin bu türden ihtiyaçlar çerçevesinde gerçekleştirilememesinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu sorunların yanı sıra uzaklık ve/veya ulaşım gibi faktörler de sağlık hizmetlerinde erişimin önündeki başlıca engellerden biridir (OECD, 2021). Ayrıca cinsiyet, yaş, eğitim ve gelir düzeyi gibi bireysel ve demografik faktörler de bu kapsamda sıklıkla ele alınmaktadır. Bu sorunlar aynı zamanda sağlık hizmetlerinde hakkaniyet ve eşitlik gibi alanlarda da bazı sorunları beraberinde getirmektedir (OECD, 2019). Özellikle OECD (2020) tarafından yayınlanan bir raporda bu durum açık bir şekilde ortaya konmaktadır. Rapor kapsamında ele alınan 26 OECD ülkesinde bireylerin ortalama %14,8’nin ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerini ödeme güçlüğü gibi bazı finansal sorunlar nedeniyle karşılayamadıkları görülmektedir. Ayrıca söz konusu raporda sağlık hizmetlerinde gecikme yaşayan bireylerin oranı ise %18,7 olarak ortaya konulmuştur.

2.1.2. Sağlık Hizmetlerinde Sürdürülebilirlik

Sağlık hizmetlerinde sürdürülebilirlik de günümüz sağlık sistemlerinin temel sorunlardan biri olarak ele alınmalıdır. Özellikle diğer sistemler ile kıyaslandığında sağlık hizmetleri sunumu için tahsis edilecek kaynak düzeyinin ne olacağı ve bu kaynakların hangi kanallardan sağlanacağı halen tartışmalı konulardan biri olarak öne çıkmaktadır. Ayrıca sınırlı miktardaki/düzeydeki bu kaynakların sistem içerisinde nasıl kullanılacağı da belirsizliğini sürdürmektedir. Tüm dünyada sağlık hizmetlerine ayrılan kaynak miktarında her geçen yıl artış olduğu gözlemlenmektedir. Ancak buna rağmen dünya genelinde çok sayıda sağlık sorunu varlığını devam ettirmektedir. Zira tüm dünyada 2000 yılında 595,79\$ (satın alma gücü paritesine göre) olan kişi başı sağlık harcaması miktarı, günümüzde yaklaşık 2,5 kat artarak 1.535,14\$'a kadar yükselmiş durumdadır. Bu, tüm dünyada kişi başına düşen gayri safi yurtiçi hasılanın yaklaşık %11'ini oluşturmaktadır. Ancak her bin canlı doğumdan halen 21'i ölüm ile sonuçlanmaktadır. Bu doğumlar sırasında 200 üzerinde annenin de hayatını kaybettiği tahmin edilmektedir. Ayrıca çocukların yaklaşık %20'sinin DTaP (Difteri Tetanoz Boğmaca), %19'unun HepB3 (Hepatit B) ve %18'inin kızamık aşısı alamadığı düşünülmektedir. Doğumda beklenen yaşam süresi ise sadece 71'dir (WB, 2023). Tüm bu sorunların yanı sıra aynı zamanda gelecek nesillerin sağlık ihtiyaçlarının da göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Bu noktada ise kaynakların etkin kullanımı ve sürdürülebilir sağlık hizmetleri kavramı ön plana çıkmaktadır.

Gelecek nesillerin kendi ihtiyaçlarını karşılayabilme kapasitelerine zarar vermeden günümüz toplumunun sağlık ihtiyaçlarını gidermeye yönelik hizmetlere sürdürülebilir sağlık hizmetleri adı verilmesi önerilmektedir. Bu açıdan ele alındığında; sürdürülebilir sağlık hizmetleri, gelecek nesillerin kaynak ihtiyacının bugünden güvence altına alınmasıdır. Ancak bu durum; çevresel, ekonomik ve sosyal çok sayıda bileşeni içerisinde barındırmaktadır. Mevcut kaynakların etkili ve verimli kullanımı, adil dağıtımı ve ihtiyaca uygun tahsisi gibi konular bu kapsamda ele alınmalıdır (Çelik, 2006). Ancak bu durumun sağlanabilmesi dünya ülkelerinin/liderlerinin bir araya gelmelerini ve sorumluluk almalarını zorunlu kılmaktadır (WHO, 2000). Aksi takdirde sağlık hizmetlerinde sürdürülebilirliği sağlamak mümkün değildir. Bu nedenle, Birleşmiş Milletler tarafından her yıl düzenli aralıklarla sürdürülebilir kalkınma hedefleri belirlenmekte ve iş birliği çerçevesinde bu hedeflerin ne ölçüde gerçekleştiği takip edilmektedir. Ayrıca olası sorunların çözümüne yönelik de çözüm önerileri geliştirilmektedir. Bu hedefler kapsamında ise yoksulluk ile mücadeleden sürdürülebilir şehirlerin inşasına kadar

farklı türden 17 alanda çok sayıda hedef bulunmaktadır. Bu başlıklardan biri de *sağlık ve kaliteli yaşam*dır (UN, 2023).

2.1.3. İklim Değişikliği, Afet ve Acil Durum Yönetimi

Beklenmedik bir anda ortaya çıkması ve büyük yıkımlara neden olması nedeniyle (Memiş ve Babaoğlu, 2020) doğal afetler de günümüz dünyasında özellikle ele alınması gereken konular arasında ilk sıralarda yer almaktadır. Dünya Sağlık Örgütüne göre 1998-2017 yılları arasında dünya genelinde yaklaşık 125 milyon insan depremlerden olumsuz etkilenmiştir. Söz konusu zaman dilimi içerisinde sel felaketlerinden etkilenen insan sayısının ise 2 milyona yakın olduğu tahmin edilmektedir. Ayrıca bu süre zarfında tüm dünyada 750 binin üzerinde insanın doğal afetler nedeni ile hayatlarını kaybettikleri düşünülmektedir (WHO, 2023).

Dünya Sağlık Örgütüne göre ayrıca iklim değişiklikleri de bu kapsamda ele alınması gereken konulardan biridir (WHO, 2022). İklim koşullarının değişmesi, kuraklıklar ve orman yangınları gibi farklı türden çok sayıda çevresel soruna neden olmaktadır. Ayrıca bazı bölgelerin çok daha fazla yağış almasının ve bu bölgelerde su seviyenin hızla yükselmesinin temel nedenlerinden biri de iklim değişikliği kaynaklı sorunlardır. Bu nedenle, sel ve toprak kaymaları gibi sorunlar da günümüz dünyasının başlıca sorunları arasındadır. İklim değişiklikleri ayrıca farklı bölgelerde yaşayan bazı hayvanların yaşamlarını devam ettirebilmeleri için uygun yaşam alanlarına göç etmelerine ve buna bağlı olarak bazı virüs ve/veya hastalık türlerinin de yeni yerlere taşınmasının önemli sebeplerinden biridir. Dolayısıyla iklim değişiklikleri, farklı türden bulaşıcı hastalıkların dünya genelinde yayılmasına da sebep olmaktadır (Lucero-Prisno, vd. 2023). Bu nedenlerle iklim değişikliği, hızla kontrol altına alınması gereken bir sorun olarak günümüz sağlık sistemlerinin de önünde durmaktadır. Öte yandan bu olaylar, sağlık sistemleri ve işleyişini de etkilemektedir. Zira doğal afetler, hızlı karar almayı ve hareket etmeyi zorunlu kılmaktadır. Özellikle arama kurtarma faaliyetleri ile yerinde ve zamanında tıbbi müdahale bu tür olaylarda hayati öneme sahiptir. Ancak sağlık sistemlerinin bu olaylara ne ölçüde hazırlıklı olduğu belli değildir. Bu noktada, ulusal bir eylem planının hayata geçirilmesi önemlidir. Ancak bu sistem tasarlanırken bazı hususlar göz önünde bulundurulmalıdır. Bu noktada afet ve acil durum kapsamında (Disease Control Priorities Project, 2007);

- Başta doğal afetler olmak üzere tüm risklere karşı ulusal ve uluslararası güçlü ve zayıf noktalar belirlenmeli;

- Olası durumlar karşısında alternatif senaryolar oluşturulmalı;
- Sağlık sektöründeki ana aktörler arasında katılımcı bir süreç başlatılmalı ancak her bir aktörün temel sorumluluklarını belirleyen bir plan hazırlanmalı, olası rol çakışmaları ve boşluklar belirlenerek uzlaşma sağlanmalı;
- Ana aktörler arasında yakın bir iş birliğinin sürdürülmesi sağlanmalı;
- Arama kurtarma ve ilk yardım ekipleri başta olmak üzere bu tip felaketlerde aktif rol alacak personel belirlenmeli ve hızlı ve etkili müdahale noktasında eğitilmelidir.

2.1.4. Bulaşıcı Hastalıklar

Gelişmiş sanitasyon ve yeni önleme ve tedavi seçenekleri bulaşıcı hastalıkların yükünü büyük ölçüde azaltmıştır. Bağışıklama ve aşılama, bulaşıcı hastalıklara karşı etkili bir önleyici tedbirdir ve hastalıklardan kaynaklanan enfeksiyonları azaltmada başarı sağlamaktadır. Gelişmiş ülkeler başta olmak üzere birçok ülkede yüksek bağışıklama kapsamı, iyi tasarlanmış hastalık tespit ve müdahale sistemleri sayesinde birçok bulaşıcı hastalık elimine edilmiştir (AIHW 2022). Bahsi geçen gelişmeler sayesinde bulaşıcı hastalıkların toplum sağlığı üzerindeki etkisi azaltılmış olsa da Covid-19 pandemisi gibi aniden ortaya çıkan salgınlar ve özellikle düşük gelir düzeyine sahip ülkelerde yaşanan salgınlar dikkate alındığında bulaşıcı hastalıklar, halk sağlığı üzerinde önemli bir sorun oluşturmaya devam etmektedir (Kravchenko vd. 2021; Ngwa vd., 2022). Birçok bulaşıcı hastalık, ölümlere, hastalıklara ve salgınlara neden olma potansiyeline sahiptir. Bazıları antimikrobiyal ajanlara karşı direnç geliştirerek daha uzun/karmaşık tedavi ve kötü sonuç riskini artırabilmektedir (AIHW, 2022).

HIV/AIDS, tüberküloz, sıtma, viral hepatit, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar ve ihmal edilen tropikal hastalıklar dâhil olmak üzere bulaşıcı hastalıklar, düşük gelirli ülkelerde ve marjinal gruplarda önde gelen ölüm ve sakatlık nedenleri arasında yer almaktadır. Bugüne kadar HIV/AIDS sebebiyle 36,3 milyon kişinin hayatını kaybettiği bildirilmekte olup etkin bir tedavisinin bulunmaması sebebiyle ölümlerin artmaya devam ettiği belirtilmektedir. Ayrıca her yıl 1,5 milyondan fazla insanın tüberküloz sebebiyle yaşamını yitirdiği açıklanmaktadır. Tüm bunlara ek olarak sıtma kaynaklı ölümlerin büyük bir çoğunluğunun 5 yaş altı çocuklarda gerçekleştiği tespit edilmiştir. Söz konusu hastalıklar ile mücadelede Covid-19'a kadar küresel bir mücadelenin var olduğu bilinmektedir ancak Covid-19'un bu hastalıklarla mücadelede zorlukla elde edilen birçok kazanımı tersine çevirdiği belirtilmektedir. Sebep oldukları yüksek orandaki ölüm ve olumsuz sağlık sonuçlarına ek olarak bulaşıcı hastalıklar, sosyal ve ekonomik kalkınmayı engellemekte ve Covid-19 pandemisinin de gösterdiği gibi küresel sağlık için

önemli tehditler oluşturabilmektedir (WHO, 2023a). Bu sebepten Birleşmiş Milletler Sürdürülebilir Gelişim Hedefleri içerisinde bulaşıcı hastalıklara da yer vermiş ve 2030 yılına kadar AIDS, tüberküloz, sıtma, ihmal edilen tropikal hastalıklar, hepatit, su kaynaklı hastalıklar ve diğer bulaşıcı hastalıklarla mücadele edilmesini ya da salgınlara elimine edilmesini amaçlamaktadır (UN, 2023).

2.1.5. Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Risk Faktörleri

Bilim ve teknolojiye meydana gelen gelişmelerin etkisiyle hastalık yapılarında değişim gerçekleşmiş ve bulaşıcı olmayan hastalıklar dünya genelinde önlenemez ölüm ve morbiditenin başlıca sebebi haline gelmiştir (WHO, 2008). Bulaşıcı olmayan hastalık tehlikesi ve küresel yükü, 21. yüzyılın en büyük zorluklarından biri olarak kabul edilmekte, sosyal ve ekonomik kalkınmayı sektöre uğratmakta ve uluslararası kabul görmüş kalkınma hedeflerine ulaşmayı tehdit etmektedir (UN, 2011). Tüm yaş gruplarından, bölgelerden ve ülkelerden insanlar bulaşıcı olmayan hastalıklardan etkilenmektedir. Bulaşıcı olmayan hastalıklar yılda 41 milyon insanın ölümüne sebep olmakta ve dünya genelindeki tüm ölümlerin %74'ünü temsil etmektedir. Bulaşıcı olmayan hastalık ölümlerinin %77'si düşük ve orta gelirli ülkelerde gerçekleşmektedir. En önemli bulaşıcı olmayan hastalıklar arasında kardiyovasküler hastalıklar (kalp krizi ve felç gibi), kanserler, kronik solunum yolu hastalıkları (kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve astım gibi) ve diyabet yer almaktadır. Bu hastalıklar, plansız kentleşme, sağlıksız yaşam tarzları ve nüfusun yaşlanması gibi olumsuz riskler tarafından yönlendirilmektedir. Sağlıksız beslenme ve fiziksel aktivite eksikliği insanlarda yüksek kan basıncı, yüksek kan şekeri, yüksek kan yağları ve obezite olarak ortaya çıkabilmektedir. Bunlar metabolik risk faktörleri olarak adlandırılmaktadır ve erken ölümler açısından en önde gelen bulaşıcı olmayan hastalık olan kardiyovasküler hastalıklara yol açabilmektedir (WHO, 2022a). Tüm dünyada bütün yaş gruplarında meydana gelen bulaşıcı olmayan hastalık kaynaklı ölümlerin çoğu davranışsal, metabolik ve çevresel/mesleki risk faktörleri ile bağlantılıdır (Sağlık Bakanlığı, 2011: 21). WHO tarafından bulaşıcı olmayan hastalıkların gelişiminin izlenmesine yönelik yayınlanan raporun sonuçlarına göre Dünya genelinde bulaşıcı olmayan hastalıklar ve risk faktörlerini önlemek ve kontrol etmek için basit ve etkili müdahalelerin yeterince yaygın bir şekilde benimsenmediğini ortaya koymaktadır (WHO, 2022b).

2.1.6. Dijital Sağlık Çözümleri

Dijital teknolojiler bireylerin günlük yaşamına geçmiştekinden daha fazla entegre durumdadır ve dünya nüfusu artık daha fazla bağlantı içerisinde. İnovasyon, özellikle de

dijital alanda, eşi benzeri görülmemiş bir ölçekte gerçekleşmektedir. Toplumların sağlığını geliştirmeye yönelik dijital teknolojilerin kısıtlı kullanımına rağmen sağlık hizmetleri, dijital teknolojiler için geniş bir kullanım olanağı sunmaktadır (WHO, 2023b). Dijital sağlığın kapsamına mobil sağlık, sağlık bilgi teknolojisi, giyilebilir teknolojiler, tele tıp ve kişiselleştirilmiş tıp gibi kategoriler girmektedir. Hekimlerin rutin klinik kararlarını destekleyen mobil tıbbi uygulamalar ve yazılımlardan yapay zekâ ve makine öğrenimine kadar, dijital teknolojiler sağlık hizmetlerinde bir devrim oluşturabilme gücüne sahiptir. Dijital sağlık çözümleri, hastalıkları doğru bir şekilde teşhis ve tedavi etme becerisinin geliştirilmesinde ve bireylere yönelik sağlık hizmetlerinin sunumunun iyileştirmesinde önemli çözümler sunabilir (US FDA, 2023). Dijital sağlık çözümlerinin sağlık hizmetlerinde kullanım alanlarının incelendiği sistematik derleme çalışmalarında, telekonsültasyon, e-teşhis, e-reçete, davranış geliştirme, dijital sağlık okuryazarlığı (örneğin infodemi ile mücadele), surveyans, aşı ve ilaçların geliştirilmesi, halk sağlığı müdahalelerinin uygun şekilde takibi için karar destek amacıyla kullanıldığı saptanmıştır (Mbunge vd., 2022; Ndayishimiye vd., 2023). Ayrıca dijital sağlık çözümlerinin hem maliyet hem de sağlık sonuçları açısından genel olarak olumlu bir etkiye sahip olduğu belirtilmektedir (Puleo vd., 2021).

2.2. Türkiye’de Genel Durum

2.2.1. Türkiye’de Kalkınma Planları ve Sağlık

Türkiye’de 1963 yılından günümüze kadar hazırlanan on bir kalkınma planı, sağlık sektörü ve sağlık hizmetlerine yönelik ortaya koymuş oldukları mevcut durum ve hedefler açısından değerlendirilerek Tablo 1’de her bir kalkınma planına ilişkin özet bilgiler sunulmuştur.

Tablo 1. Dünden Bugüne Türkiye’de Kalkınma Planları

Kalkınma Planları	Mevcut Durum	Hedef
1. Kalkınma Planı (1963-1967)	Bulaşıcı hastalıklar ve kardiyovasküler rahatsızlıklar ülke çapında en çok ölüme neden olan sağlık sorunlarıdır. Halk sağlığı hizmetlerinin yeterli düzeyde olmadığı ve bölgeler arasında önemli farklılıkların bulunduğu belirtilmektedir. Sağlık kurumlarının nicelik ve nitelik olarak sağlık çalışanlarının ise nicelik olarak yetersiz olduğu ve ülke çapında dengesiz dağıldığı bildirilmektedir. Tedavi edici sağlık hizmetlerinin sunumunda çok başlı bir yapının var olduğu ve bu durumun verimsizliklere sebep olduğu açıklanmaktadır.	Kalkınma planında, koruyucu sağlık hizmetlerinin geliştirilmesine öncelik verileceği ve bulaşıcı hastalıklar ile mücadele edileceği belirtilmektedir. Tedavi edici sağlık hizmetleri pahalı ve az sayıda nüfus tarafından faydalanan bir hizmet olduğundan koruyucu sağlık hizmetlerinin tamamlayıcısı olarak ele alınmış ve evde ve ayakta tedaviyi sağlayan ve küçük topluluklara kadar yayılan bir sağlık teşkilâtının kurulması hedeflenmektedir. Sağlık kurumlarının ve sağlık çalışanlarının nicelik ve nitelik olarak artırılması ve geliştirilmesi gerekliliği vurgulanmaktadır.
2. Kalkınma Planı (1968-1972)	Bulaşıcı hastalıklar ve toplum sağlığını tehdit eden unsurlarda önemli bir gelişmenin yaşanmadığı kaydedilmektedir. Sosyalleşme programıyla birlikte sağlık kurumlarının ve sağlık çalışanlarının nicel olarak artışı noktasında gelişmeler yaşandığı ancak gelişmelerin istenen düzeyde olmadığı ve ülke düzeyinde dengesiz dağılım sorununun devam ettiği vurgulanmaktadır. Tüm topluma sağlık hizmeti sunulmasında sağlık ocaklarının kilit rol oynadığı ve sağlık sorunlarının koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık verilip tedavi edici sağlık hizmetlerinin de sağlanarak giderilebileceği belirtilmektedir.	Halkın sağlık seviyesinin yükseltilmesi amacıyla sağlık standartlarının belirli bir seviyeye taşınması ve sağlık çalışanlarının ve hizmetlerinin dengeli dağılımının sağlanması hedeflenmektedir. Çevre sağlığının geliştirilmesi, toplumun sağlık konusunda eğitilmesi, bulaşıcı hastalıkların yok edilmesi, beslenme şartlarının geliştirilmesi, ana-çocuk sağlığı, okul sağlığı, gençlerin sağlığı, işçi sağlığı gibi konularda koruyucu sağlık hizmetlerinin geliştirilmesine öncelik verileceği belirtilmektedir. Sağlık hizmetlerinin tek elden yürütülmesinin istendiği ve özel teşebbüsün sağlık tesisleri yapmasının teşvik edileceği bildirilmektedir.
3. Kalkınma Planı (1973-1977)	Halk sağlığının geliştirilmesine ve bulaşıcı hastalıklar ile anne-çocuk sağlığını tehdit eden durumlara yönelik sorunların devam ettiği bildirilmektedir. Kırsal bölgelerde koruyucu sağlık hizmetlerinin yeterince yürütülememesi nedeniyle tedavi edici sağlık kurumlarına yönelimin gerçekleştiği belirtilmektedir. Koruyucu sağlık hizmeti sunan sağlık ocakları ve evlerinin nicelik olarak artırılmasının önündeki engelin personel temini olduğu ve sağlık çalışanlarının ülke çapında dengeli dağılımı sorununun devam ettiğini açıklanmaktadır. Yataklı tedavi kurumlarının sayısında artış olmasına karşılık istenen niteliklere sahip olmadıkları ve tek elden idare edilmesinin gerekliliği vurgulanmaktadır.	Halk sağlığının geliştirilmesine ve bulaşıcı hastalıklar ile anne-çocuk sağlığını tehdit eden unsurların ortadan kaldırılmasına yönelik hedefler belirlenmektedir. Sağlık çalışanlarının ve özellikle sağlık ocakları ve sağlık evlerinin nicel olarak artırılması hedefi devam etmektedir. Yatırım ve insan gücü kaynaklarının sınırlılığı nedeniyle sağlık hizmetlerinin asgari standartlarda ve bütüncül olarak sunulması hedeflenmektedir. Ülkeye özgü sorunlar sebebiyle koruyucu sağlık hizmetlerine daha fazla ağırlık verilmesi gerektiği bildirilmektedir. Bütün yataklı tedavi kurumlarının tek elden yönetilmesine ilişkin hedef devam etmektedir.

Tablo 1. Düünden Bugüne Türkiye’de Kalkınma Planları - Devamı

Kalkınma Planları	Mevcut Durum	Hedef
4. Kalkınma Planı (1979-1983)	<p>Halk sağlığı ve anne-çocuk sağlığı ile ilgili sorunların çözümünde yeterli ilerlemenin sağlanamadığı bildirilmektedir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin sunumunda önemli bir konuma sahip olan sağlık ocakları ve sağlık evlerinin yaygınlaştırılması için gerekli yatırım olanaklarına sahip olunmasına karşın teknik sorunlar ve sağlık çalışanlarının yetersizliği; özellikle az gelişmiş bölgelerde söz konusu sağlık tesislerinin nicelik olarak artışını engellemektedir. Bu durum tedavi edici hizmetlere olan talebi arttırmaya devam etmektedir. Mevcut dönemde yatak sayısında artış olmasına rağmen yatakların iller arasında dengesiz dağılım gösterdiği bildirilmektedir. Önceki kalkınma planlarında tedavi edici sağlık kurumlarının tek elde toplanması ve tek sistem içinde yürütülmesi öngörülmüşse de uygulamaya geçilemediği ve söz konusu durum nedeniyle yatak kapasitesinden tam olarak yararlanılmadığı ve kamu kuruluşlarındaki ortalama yatak kullanımının düşük kaldığı vurgulanmaktadır.</p>	<p>Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi programının bütün yurdu kapsamı gerçekleştirildikten sonra standartların yükseltilmesinin hedeflendiği belirtilmektedir. Sağlık çalışanlarının nitelik ve nicelik yönünden yeterli düzeye çıkarılmasına ve yataklı tedavi kurumlarının etkin ve verimli kullanılmasına ağırlık verileceği bildirilmektedir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin, uygulamadaki aksaklıkları giderecek biçimde getirilecek yeni düzenlemelerle geliştirileceği ve etkin bir kullanım ile herkesin yararlanacağı düzeye ulaştırılacağı ve tedavi edici sağlık hizmetleri ile bir bütün içinde ele alınacağı açıklanmaktadır.</p>
5. Kalkınma Planı (1985-1989)	-	<p>Halk sağlığının geliştirilmesi, halka genel sağlık eğitimi verilmesi, anne-çocuk sağlığının geliştirilmesi ve koruyucu ve temel sağlık hizmetlerinin yeterli, dengeli ve etkili bir şekilde yaygınlaştırılması hedeflenmektedir. Bölgeler arasındaki dengeli dağılım gözetilerek sağlık hizmetlerinin her kademesi için yeterli sayı ve nitelikte insan gücünün yetiştirilmesi ve istihdam edilmesi gerekliliği vurgulanmaktadır. Yönetim açısından rasyonel ve verimli olmayan çok büyük yatak kapasiteli eğitim ve araştırma hastanelerinin inşa edilmesinin önlenmesi ve mevcut yataklı tedavi kurumlarının rasyonel, etkili ve verimli kullanımının sağlanacağı bildirilmektedir. Genel itibarıyla büyükşehirlerde bulunan yataklı tedavi kurumlarına olan yoğun başvuruların önlenmesi için sevk zinciri sisteminin, sağlık ocaklarından başlayarak uygulamaya sokulacağı belirtilmektedir.</p>

Tablo 1. Dünden Bugüne Türkiye’de Kalkınma Planları - Devamı

Kalkınma Planları	Mevcut Durum	Hedef
6. Kalkınma Planı (1990-1994)	-	Toplumun genel sağlık düzeyinin geliştirilmesi ve sağlık çalışanları başına düşen nüfusun azaltılması hedeflenmektedir. Koruyucu sağlık hizmetlerine yaygınlık, süreklilik ve etkinlik kazandırılmasına öncelik verileceği bildirilmektedir. Halk sağlığının ve anne-çocuk sağlığının geliştirilmesi için düzenlemeler yapılacağı ve sağlığın korunması ve geliştirilmesi için kişi ve toplulukların sağlık bilincini geliştirecek eğitim faaliyetlerine ağırlık verileceği vurgulanmaktadır. Sağlık hizmeti veren kurumlar arasında iş birliğinin artırılacağı, etkili bir sevk zinciri sisteminin kurulacağı, evde hasta bakımı ve rehabilitasyon hizmetlerinin geliştirileceği belirtilmektedir.
7. Kalkınma Planı (1996-2000)	Doğuşta beklenen yaşam süresi ve bebek ölüm hızı gibi toplumun genel sağlık düzeyinde iyileşmelerin gerçekleştiği belirtilmesine rağmen halk sağlığını tehdit eden unsurların önemini koruduğu vurgulanmaktadır. Kamu sağlık kurumları arasında koordinasyon ve iş birliğinin yetersiz olduğu ve bu durumun verimsizlik sorunlarına neden olduğu bildirilmektedir. Toplumun daha fazla kaynak tüketen yataklı tedavi hizmetlerine yöneliminin devam ettiği bildirilmektedir. Sağlık ocakları ve sağlık evlerinin az gelişmiş bölgelerde yeterli sayıda olmadığı ve sağlık çalışanlarının ülke çapında dengeli dağılım göstermediği belirtilmektedir. Etkili bir hasta sevk zinciri sisteminin kurulamadığı açıklanmaktadır.	Toplum sağlığının geliştirilmesi ve nüfusa düşen sağlık çalışanı ve altyapı imkânlarının artırılması hedeflenmektedir. Temel sağlık hizmetleri ve koruyucu sağlık hizmetleri sunan kurumların insan gücü ve altyapı imkânlarının iyileştirileceği bu çerçevede bulaşıcı hastalıklarla mücadele, ruh sağlığı, okul sağlığı, zararlı alışkanlıklardan korunma, ağız ve diş sağlığı, yaşlı sağlığı, özürülülerin sağlık bakımı, evde bakım hizmetleri, sağlık ve beslenme eğitimi hizmetlerine yönelik programlar geliştirileceği belirtilmektedir. Atıl kapasiteye sahip kurumlarda kapasitenin verimli şekilde kullanılması ve yeterli kapasiteye sahip olmayan özellikle kırsal bölgelerde kapasitenin geliştirilmesi istenmektedir.
8. Kalkınma Planı (2001-2005)	Toplumun sağlık düzeyinde gelişmeler yaşandığı ve nüfus başına düşen sağlık insan gücü ve altyapı olanaklarının arttığı ancak sağlık insan gücü ve altyapısının dengesiz dağılımının ve koordinasyon ve iş birliği eksikliğinin devam ettiği bildirilmektedir. Koruyucu ve temel sağlık hizmetlerine istenen önceliğin verilemediği, artan nüfusun birinci basamak sağlık hizmeti ihtiyacını karşılayacak bir modelin geliştirilemediği ve aile hekimliğine geçilemediği vurgulanmaktadır.	Toplum sağlığı, halk sağlığı hizmetleri ve halkın sağlık eğitimine yönelik çalışmalara ağırlık verileceği açıklanmaktadır. Sağlık hizmet sunumunun bütün kademelerinin insan gücü, altyapı, yönetim ve teknoloji bakımından geliştirileceği ve sağlık bilgi sisteminin kurulacağı bildirilmektedir. Maliyet-etkili hizmetlere öncelik tanınacağı, koruyucu sağlık hizmetlerinin etkinleştirileceği ve etkin bir sevk sisteminin kurulacağı belirtilmektedir.

Tablo 1. Dünden Bugüne Türkiye’de Kalkınma Planları - Devamı

Kalkınma Planları	Mevcut Durum	Hedef
9. Kalkınma Planı (2007-2013)	Sağlık personeli sayısı, yatak sayısı ve kullanım oranları, bebek ölüm hızı, aşılanma gibi önemli sağlık göstergelerinde iyileşmeler gerçekleşmiş olmasına rağmen bölgeler arasındaki dengesiz dağılımın devam ettiği ifade edilmiştir. Sağlık ocağı imkânlarının geliştirildiği ve mobil sağlık hizmeti uygulamasına geçilmiş olduğu bildirilmiş ancak birinci basamakta altyapı, personel ve kalite sorunları olduğu ve sevk zincirinin etkin şekilde çalıştırılmadığı belirtilmektedir. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile farklı alanlarda çok sayıda reformun hayata geçirildiği ve pilot çalışma olarak aile hekimliği uygulamasına başlanıldığı ve sağlık hizmetlerine erişimin artırıldığı bildirilmektedir.	Önleme tedaviden önce gelir ilkesi gereğince koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verileceği ve koruyucu sağlık hizmeti sunan personelin nicel ve nitel olarak gelişiminin sağlanacağı, halkın koruyucu sağlık hizmetleri ve sağlıklı yaşam davranışları hakkında bilgilendirileceği, sevk sisteminin etkili şekilde işletileceği, hizmet kalitesinin artırılacağı, aile hekimliği modelinin ülke çapında yaygınlaştırılacağı ve hasta odaklı bir sağlık sisteminin kurulacağı açıklanmaktadır. Sağlık hizmetlerine erişimin artırılması için altyapı ve sağlık insan gücü ihtiyacının karşılanacağı ve ülke genelinde dağılımın dengeleneceği bildirilmektedir.
10. Kalkınma Planı (2014-2018)	Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birçok alanda ilerlemelerin kaydedildiği ve temel sağlık göstergelerinde gelişmeler yaşandığı belirtilmektedir. Sağlık hizmetlerinin daha etkin şekilde sunulabilmesi için koruyucu sağlık hizmetlerinde, sağlık çalışanlarının motivasyonunu artırıcı sistemlerde, sevk zincirinde ve sağlık insan gücünde iyileştirme ihtiyacının devam ettiği bildirilmektedir. Bulaşıcı olmayan hastalıkların sebepleri arasında yer alan risk faktörleriyle mücadele için sağlıklı yaşam davranışlarının teşvik edildiği ve program ve planların uygulamaya alındığı vurgulanmaktadır.	Koruyucu sağlık hizmetlerinin geliştirilmeye devam edilmesi, sağlık insan gücü ve altyapısının nitelik ve nicelik olarak geliştirilmesi, yataklı tedavi hizmetlerinin verimli şekilde kullanılmasını sağlayacak sevk sisteminin kurulması, hasta ve çalışanların güvenliğini ve memnuniyetini dikkate alan yaklaşımların uygulamaya alınması, tamamlayıcı tıp ile ilgili kalite ve güvenliğin sağlanması, sağlıklı yaşam davranışlarının teşvik edilmesi ve halkın bu konuda eğitilmesi ve uluslararası karşılaştırmalara imkân verecek standart ve kalitede verilerin üretilmesi hedeflenmektedir.
11. Kalkınma Planı (2019-2023)	Sağlık hizmetlerinde sağlık insan gücü ve altyapısında iyileşmelerin gerçekleştiği ve koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin etkinliğinin arttığı, bu doğrultuda sağlık hizmetlerine erişimde ve sağlık hizmetleri kalitesinde ilerlemelerin meydana geldiği bildirilmektedir. Söz konusu durumların sonucu olarak temel sağlık göstergelerinde de önemli gelişmelerin yaşandığı belirtilmektedir.	Bulaşıcı olmayan hastalıklara neden olan risk faktörlerine yönelik sağlıklı yaşam tarzının teşvik edileceği ve sağlık okuryazarlığının artırılacağı, birinci basamakta etkin ve verimli kaynak kullanımının sağlanacağı, yaşlılarda erişimin kolaylaştırılacağı, evde sağlık gibi özellikli hizmetlerin artırılacağı, sağlık hizmetlerinde akreditasyon sistemlerinin kurulacağı, kaliteli veri üretiminin sağlanacağı, geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarına yönelik denetim mekanizmasının kurulacağı ve temel sağlık göstergeleri ve sağlık altyapısının geliştirilmesine devam edileceği belirtilmiştir.

2.2.2. Demografik Göstergeler

Bu bölümde Türkiye'nin önemli demografik göstergeleri ile bu göstergelere ilişkin gelecek projeksiyonlarına yer verilmektedir. Türkiye yıl ortası nüfusu, 2020 yılı itibarıyla 83,4 milyondur ve nüfus artış hızı ise %5,5 olarak tespit edilmiştir. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tahminlerine göre, Türkiye nüfusunun 2023'te 86,9, 2040'ta 100,3 ve 2060'da ise 107,1 milyon olması beklenmektedir. Nüfus büyüklüğü yanında nüfus yapısı da büyük önem taşımaktadır. TÜİK verilerine göre, 2020 yılı itibarıyla 15-64 yaş grubunda yer alan çalışma çağındaki nüfus toplam nüfusun %67,7'sini oluşturmaktadır. Ayrıca nüfusun %22,8'i 0-14 yaş aralığında ve %9,5'i ise 65 yaş ve üzerinde yer almaktadır. TÜİK'in geleceğe ilişkin projeksiyonları incelendiğinde 15-64 yaş grubunda yer alan nüfusun 2040'da %64,4'e, 2080'de %58,7'ye gerileyeceği ve 65 yaş üzerindeki yaşlı nüfusun 2040'ta %16,3'e ve 2080'de %25,6'ya yükseleceği tahmin edilmektedir ve bu durum yaşlanan bir nüfus yapısına işaret etmektedir (bkz. Tablo 2).

Tablo 2. Yaş Gruplarına Göre Toplam Nüfus ve Gelecek Yıllara İlişkin Tahminler (%)

Yaş Grubu	2000	2008	2010	2012	2014	2016	2018	2020	2040	2060	2080
0-14	29,8	26,3	25,6	24,9	24,3	23,7	23,4	22,8	19,3	16,9	15,7
15-64	64,5	66,9	67,2	67,6	67,8	68,0	67,8	67,7	64,4	60,4	58,7
65+	5,7	6,8	7,2	7,5	8,0	8,3	8,8	9,5	16,3	22,6	25,6
Toplam (%)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Kaynak: TÜİK, 2022.

Türkiye'de 2018 yılı itibarıyla 2,0 olan toplam doğurganlık hızı, 2020 yılında 1,8'e düşmüştür. Bilindiği gibi toplam doğurganlık hızının 2,1'in altına düşmesi, nüfusun kendini yenileyememesi anlamına gelmektedir. Türkiye'de kaba ölüm hızı son yıllarda çok fazla değişim göstermezken kaba doğum hızının ise 2020 yılı itibarıyla %13,4 olarak hesaplandığı görülmektedir. Tüm bu demografik değişimler bir arada ele alındığında sağlık sigortasına daha fazla katkıda bulunan çalışan nüfusun gelecekte azalacağı, sağlık hizmetlerinden daha fazla yararlanan yaşlı nüfusun artacağı ve nüfus yapısındaki söz konusu değişimin sağlık hizmeti talebini önemli ölçüde etkileyeceği, hizmet sunumunda karşı karşıya olunan hastalık yükünün

değişebileceği ve bunun bir sonucu olarak da sağlık finansmanı üzerinde ek yükler gelebileceği düşünülmektedir (bkz. Tablo 3).

Tablo 3. Genel Demografik Göstergeler ve Gelecek Yıllara İlişkin Tahminler

Göstergeler	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2018	2020
<i>Toplam</i>										
<i>Doğurganlık Hızı (Kadın Başına)</i>	2,2	2,1	2,1	2,2	2,1	2,1	2,2	2,1	2,0	1,8
<i>Kaba Doğum Hızı (Binde)</i>	18,6	18,1	18,1	18,2	17,2	17,2	17,5	16,6	15,4	13,4
<i>Kaba Ölüm Hızı (Binde)</i>	-	-	-	-	5	5	5,1	5,3	5,2	5,3*
<i>Nüfus Artış Hızı (Binde)</i>	-	-	-	13,1	15,9	12,0	13,3	13,5	14,7	5,5
<i>Yıl Ortası Nüfus ('000)</i>	66.003	67.599	69.295	71.052	73.142	75.176	77.182	79.278	81.407	83.385

* 2020 yıl verisi 2019 yılına aittir.

Kaynak: TÜİK, 2022.

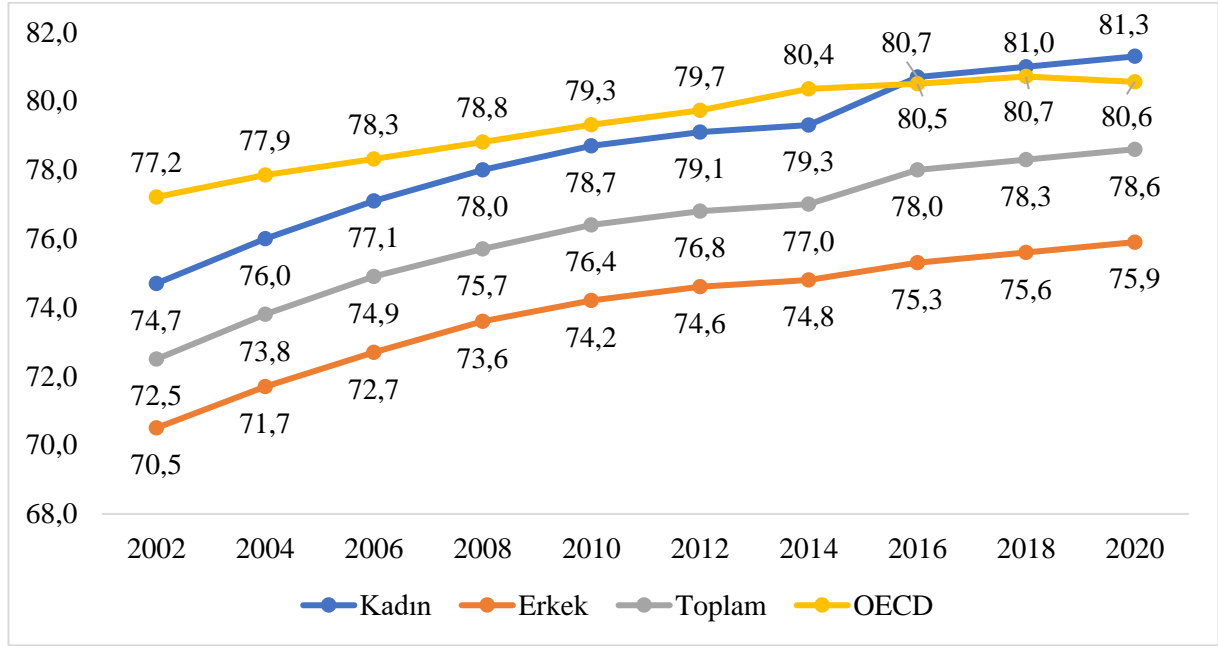
2.2.3. Sağlık Statüsü

Bu bölümde bir ülkenin sağlık statüsünün değerlendirilmesinde kullanılan en önemli ölçütler olan ortalama yaşam süresi, bebek ölüm hızı, 5 yaş altı ölüm hızı ve anne ölüm oranı göstergelerine ilişkin Türkiye'nin durumu OECD ülkeleri ortalamaları ile kıyaslanarak verilip ardından Türkiye'de sağlık sorunları ile ölüm nedenlerinin dağılımı sunulmaktadır.

2.2.3.1. Ortalama Yaşam Süresi

Türkiye'de 2019 yılı itibarıyla ortalama yaşam süresinin 78,6 yıl olup 80,6 yıl olan OECD ülkeleri ortalamasının altında ama oldukça yakınında olduğu görülmektedir. Türkiye 2002'de ortalama yaşam süresi açısından OECD ortalamasının 4,7 yıl gerisinde iken 2019 yılı itibarıyla bu fark 2 yıla düşmüştür. Türkiye'de pek çok OECD ülkesi ile benzer şekilde kadınların ortalama yaşama süresi (81,3 yıl) erkeklerden (75,9 yıl) daha yüksektir.

Grafik 1. Yıllar İtibarıyla Doğumda Beklenen Yaşam Süresi (Yıl)*



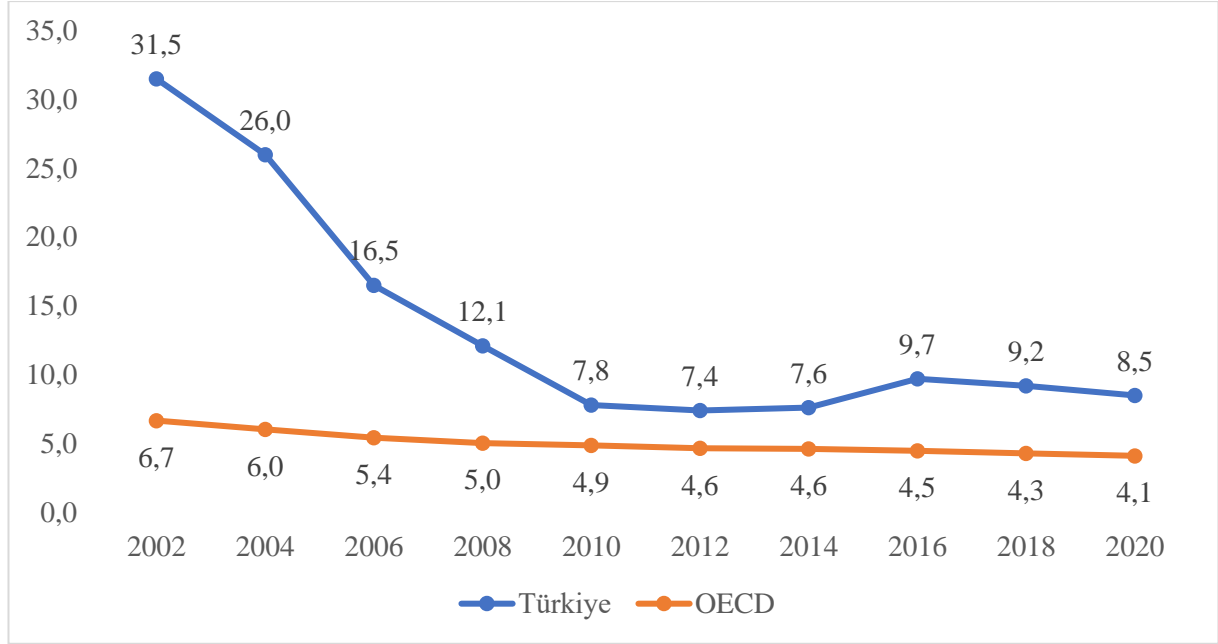
* Türkiye'nin 2020 yıl verisi 2019 yılına aittir.

Kaynak: SB, 2014, 2015, 2017, 2019, 2022a; OECD, 2022.

2.2.3.2. Bebek Ölümleri

Türkiye'de bebek ölüm hızı 2002 yılında her 1000 canlı doğumda 31,5'den 2020 yılında 8,5'e gerilemiştir. Ancak bebek ölüm hızınının 2012 yılı itibarıyla 7,4 ile en düşük seviyeye düşürüldüğü ve bu tarihten itibaren küçük farklarla inişli ve çıkışlı bir seyir izlediği ve halen OECD ülkeleri ortalamasınının yaklaşık 2 katı seviyesinde olduğu görülmektedir.

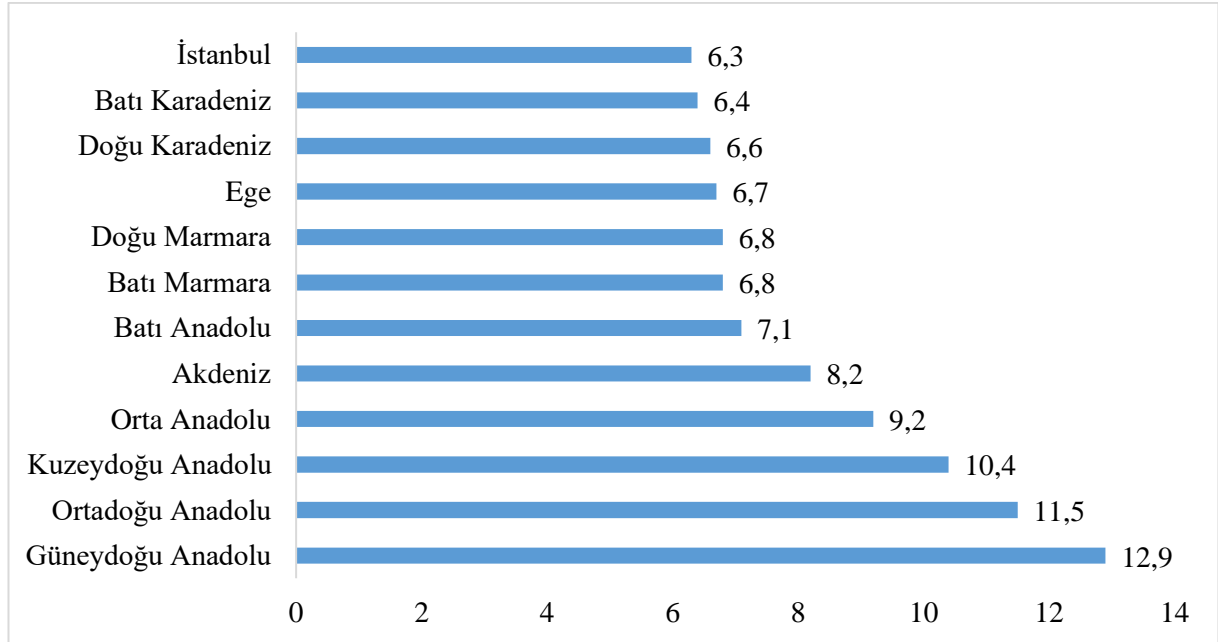
Grafik 2. Yıllar İtibarıyla Bebek Ölüm Hızı (1000 Canlı Doğumda)



Kaynak: SB, 2012, 2013, 2015, 2017, 2019, 2022a; OECD, 2022.

Grafik 3'te Türkiye'de bebek ölüm hızının coğrafi bölgelere göre dağılımı görülmektedir. Buna göre, en düşük bebek ölüm hızına sahip bölgenin binde 6,3 ile İstanbul olduğu ve Orta Anadolu (binde 9,2), Kuzeydoğu Anadolu (binde 10,4), Ortadoğu Anadolu (binde 11,5) ve Güneydoğu Anadolu'da (binde 12,9) bebek ölüm hızının Türkiye ortalamasının üzerinde olduğu dikkat çekmektedir.

Grafik 3. Bölgelere Göre Bebek Ölüm Hızı (1.000 Canlı Doğumda), 2020

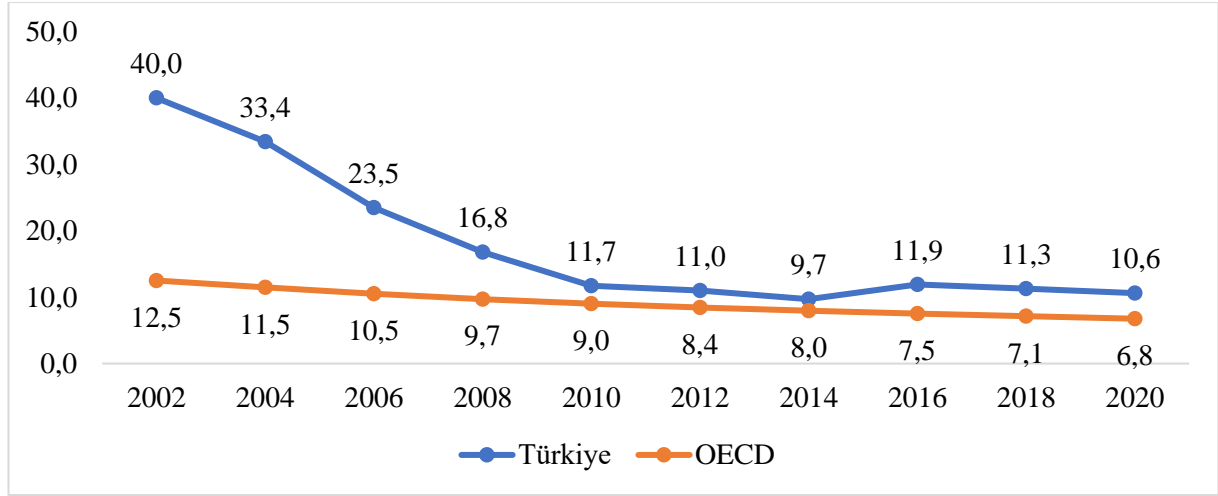


Kaynak: SB, 2022a.

2.2.3.3. Beş Yaş Altı Ölümleri

Çocuk sağlığı ve hizmetlerine ilişkin önemli bir gösterge 5 yaş altı ölüm hızıdır ve Grafik 4’de görüldüğü gibi, Türkiye’de 2002 yılında binde 40 olan 5 yaş altı ölüm hızı 2020 itibarıyla binde 10,6’ya düşürülmüş olmasına karşın 2010 yılından bu yana inişli çıkışlı bir seyir izleyen bu değer halen binde 6,8 olan OECD ülkeleri ortalamasının gerisinde olduğu ve azalış seyrinin devam ettirilmesine yönelik önlemler alınmasının gerekli olduğu düşünülmektedir.

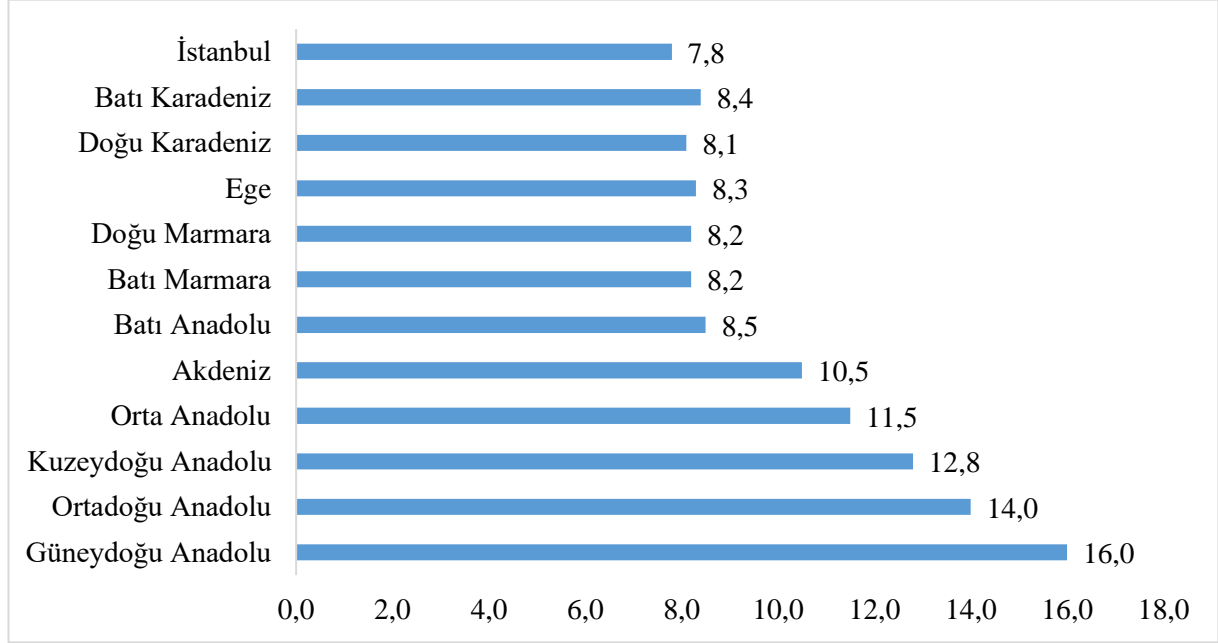
Grafik 4. Yıllar İtibarıyla 5 Yaş Altı Ölüm Hızı (1.000 Canlı Doğumda)



Kaynak: SB 2011, 2012, 2014, 2015, 2017, 2019, 2022a; WB, 2022.

Türkiye’de 5 yaş altı ölüm hızının bölgeler arası karşılaştırılması incelendiğinde (bkz. Grafik 5) ise Orta Anadolu (binde 11,5), Kuzeydoğu Anadolu (binde 12,8), Ortadoğu Anadolu (binde 14) ve Güneydoğu Anadolu (binde 16) bölgelerinde 5 yaş altı ölüm hızının Türkiye ortalaması olan binde 10,6’nın üzerinde olduğu ve bölgeler arasında var olan farklılığın önemini koruduğu görülmektedir.

Grafik 5. Bölgelere Göre 5 Yaş Altı Ölüm Hızı (1.000 Canlı Doğumda), 2020

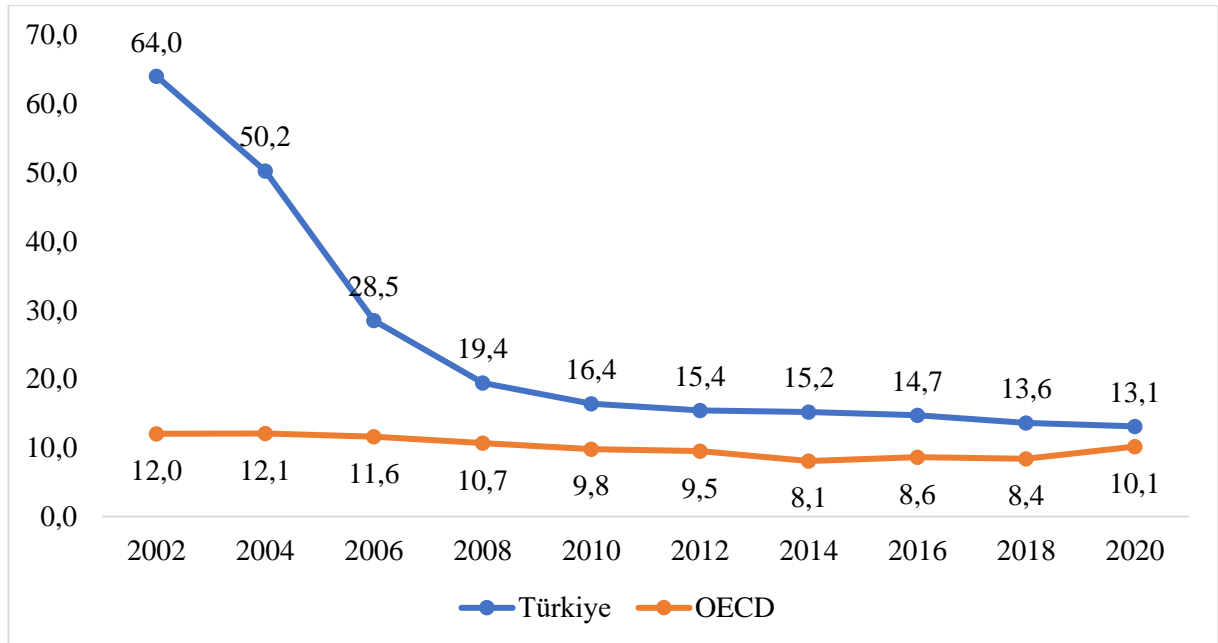


Kaynak: SB, 2022a.

2.2.3.4. Anne Ölümleri

Türkiye’de anne ölüm oranı 2002 yılında yüz binde 64’den 2020 yılında yüz binde 13,1’e önemli bir azalma seyri ile gerilemiştir. OECD verileri incelendiğinde ise anne ölüm oranının 2020 yılı itibarıyla yüz binde 10,1 olduğu görülmektedir.

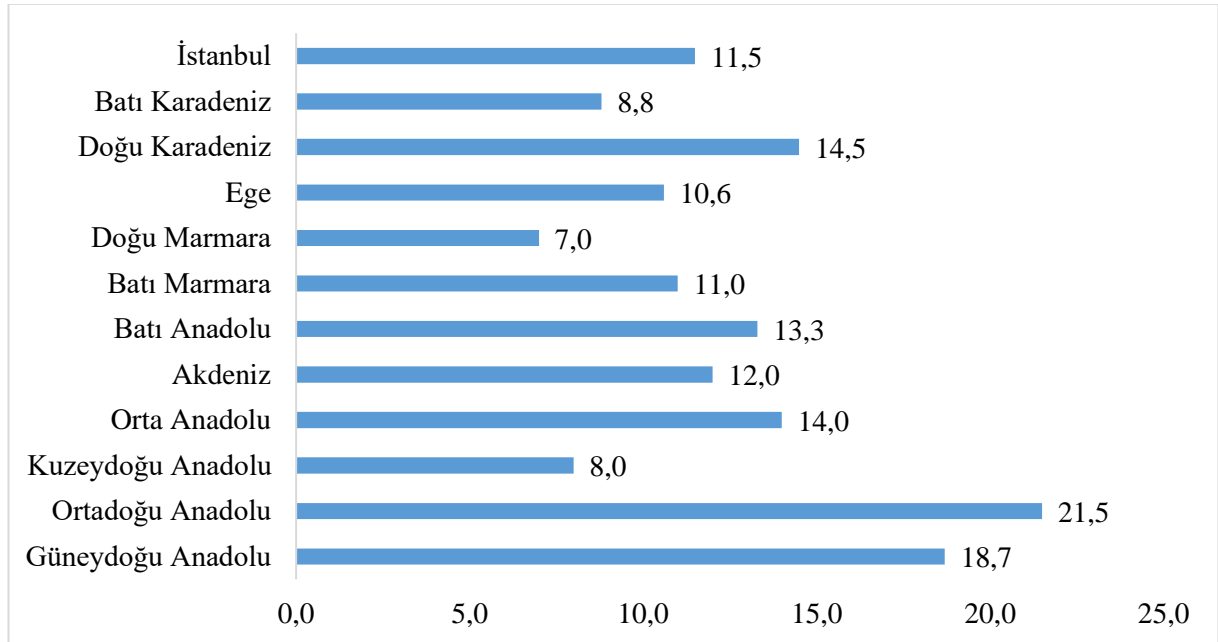
Grafik 6. Yıllar İtibarıyla Anne Ölüm Oranı (100 Bin Canlı Doğumda)



Kaynak: SB 2012, 2013, 2015, 2017, 2019, 2022a; OECD, 2022.

Grafik 7’de Türkiye’de anne ölümlerinin bölgelere göre karşılaştırılması verilmektedir. Türkiye ortalaması olan yüz binde 13,1 değerinin üzerinde bir anne ölüm oranına sahip bölgeler sırasıyla Batı Anadolu (yüz binde 13,3), Orta Anadolu (yüz binde 14), Doğu Karadeniz (yüz binde 14,5), Güneydoğu Anadolu (yüz binde 18,7) ve Ortadoğu Anadolu (yüz binde 21,5)’dur. 2016 yılında yüz bin canlı doğumda 24 anne ölüm oranı ile en yüksek orana sahip bölge konumunda olan Ege Bölgesi’nde 2020 yılı itibarıyla Türkiye ortalamasının oldukça altında (yüz binde 10,6) bir anne ölüm oranı gerçekleşmiştir. Benzer bir durum Batı Karadeniz, Batı Marmara ve Kuzeydoğu Anadolu bölgeleri için de geçerlidir. Batı Anadolu Bölgesi ise 2016 yılında yüz binde 9,5 ile en düşük anne ölüm oranına sahip bölge iken 2020 yılında binde 13,3 ile Türkiye ortalamasının üstüne çıkmıştır.

Grafik 7. Yıllar İtibarıyla Anne Ölüm Oranı (100 Bin Canlı Doğumda), 2020



Kaynak: SB, 2022a.

2.2.3.5. Sağlık Sorunları

Türkiye’nin önemli sağlık sorunlarının değerlendirilmesinde, Sağlık Bakanlığı tarafından Sağlık İstatistik Yıllıklarında yayınlanan “ICD-10 ana tanı gruplarına göre hastane yatışlarının yüzdesel dağılımı” tablosu bir gösterge olarak kullanılması önerilmektedir. Tablo 4’de görüldüğü gibi 2018 yılı itibarıyla Türkiye’de hastane yatışlarının en önemli ilk beş nedeni, solunum sistemi hastalıkları (%12,7), sindirim sistemi hastalıkları (%11,8), sağlık hizmetleriyle temas ve sağlık durumunu etkileyen faktörler (%11), gebelik, doğum ve lohusalık (%10,8) ve dolaşım sistemi hastalıklarıdır (%8). Bu beş neden, 2018 yılında gerçekleşen hastalıkların

%54,3'ünü oluşturmaktadır. Erkeklerde hastaneye yatışın en önemli nedenini %16 ile solunum sistemi hastalıkları oluştururken kadınlarda %19,9 ile gebelik, doğum ve lohusalık oluşturmaktadır.

Tablo 4. ICD-10 Ana Tanı Grubu ve Cinsiyete Göre Hastane Yatışları (%), 2018

ICD-10 Ana Tanı Gruplar	Erkek	Kadın	Toplam
<i>Bazı Enfeksiyöz ve Paraziter Hastalıklar</i>	2,7	1,9	2,3
<i>Neoplazmlar</i>	4,6	3,5	4,0
<i>Kan ve Kan Yapıcı Organların Hastalıkları ve İmmün Sistemin Bazı Hastalıkları</i>	1,8	2,9	2,4
<i>Endokrin, Beslenme ve Metabolizma Hastalıkları</i>	2,5	3,5	3,1
<i>Mental ve Davranışsal Bozukluklar</i>	1,6	0,7	1,1
<i>Sinir Sistemi Hastalıkları</i>	2,2	1,7	1,9
<i>Göz ve Adneks Hastalıkları</i>	5,2	4,5	4,8
<i>Kulak ve Mastoid Çıkıntı Hastalıkları</i>	0,6	0,5	0,5
<i>Dolaşım Sistemi Hastalıkları</i>	9,8	6,5	8,0
<i>Solunum Sistemi Hastalıkları</i>	16,0	10	12,7
<i>Sindirim Sistemi Hastalıkları</i>	12,6	11,2	11,8
<i>Deri ve Derialtı Dokunun Hastalıkları</i>	3,6	2,1	2,8
<i>Kas, İskelet Sistemi ve Bağ Dokusu Hastalıkları</i>	3,6	5,2	4,5
<i>Genitoüriner Sistem Hastalıkları</i>	8,1	8,0	8,0
<i>Gebelik, Doğum ve Lohusalık</i>	-	19,9	10,8
<i>Perinatal Dönemden Kaynaklanan Bazı Durumlar</i>	2,3	1,7	2,0
<i>Konjenital Malformasyonlar, Deformasyonlar ve Kromozom Anomalileri</i>	0,9	0,4	0,6
<i>Semptomlar, Belirtiler ve Anormal Klinik ve Laboratuvar Bulguları, Başka Yerde Sınıflanmamış</i>	3,1	2,7	2,9
<i>Yaralanma, Zehirlenme ve Dış Nedenlerin Bazı Diğer Sonuçları</i>	6,1	3,6	4,8
<i>Sağlık Hizmetleriyle Temas ve Sağlık Durumunu Etkileyen Faktörler</i>	12,7	9,6	11

Kaynak: SB, 2020.

2.2.3.6. Ölüm Nedenleri

Türkiye’de 2019 yılında gerçekleşen ölümlerin nedenlerine göre dağılımı görülmektedir. Buna göre, ilk üç ölüm nedeni olan dolaşım sistemi hastalıkları (%36,8), neoplazmalar (%18,4) ve solunum sistemi hastalıkları (%12,9) toplam ölümlerin yaklaşık

%68'inden sorumludur. Dolaşım sistemi hastalıkları hastaneye yatışlardaki beşinci önemli neden iken (%8), toplam ölümlerin %36,8'ine neden olmaktadır. Ölüm nedenlerinin dağılımında kadın ve erkekler arasında önemli bir farklılık bulunmamaktadır.

Tablo 5. ICD-10 Ana Tanı Gruplarına Göre Ölüm Nedenleri (%), 2019

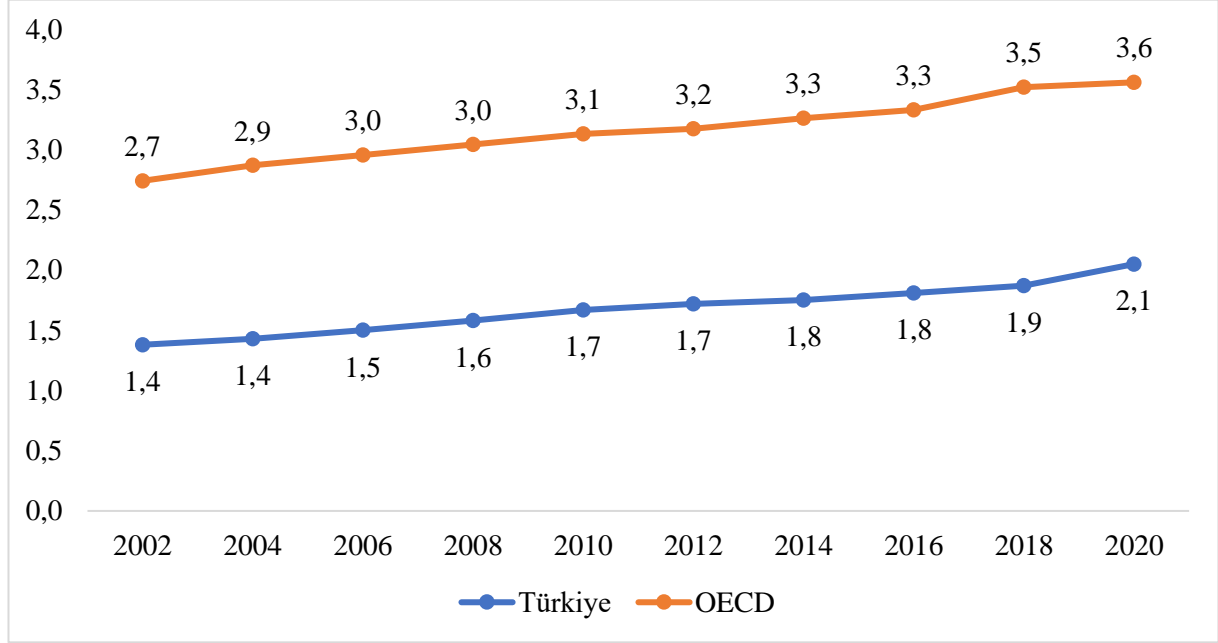
ICD-10 Ana Tanı Gruplar	Erkek	Kadın	Toplam
<i>Bazı Enfeksiyöz ve Paraziter Hastalıklar</i>	2,5	3,1	2,8
<i>Neoplazmlar</i>	21,7	14,4	18,4
<i>Kan ve Kan Yapıcı Organların Hastalıkları ve İmmün Sistemin Bazı Hastalıkları</i>	0,2	0,3	0,3
<i>Endokrin, Beslenme ve Metabolizma Hastalıkları</i>	3,5	5,4	4,4
<i>Mental ve Davranışsal Bozukluklar</i>	0,1	0,1	0,1
<i>Sinir Sistemi ve Duyu Organları Hastalıkları</i>	3,6	5,7	4,6
<i>Dolaşım Sistemi Hastalıkları</i>	33,8	40,3	36,8
<i>Solunum Sistemi Hastalıkları</i>	13,4	12,4	12,9
<i>Sindirim Sistemi Hastalıkları</i>	2,1	2,5	2,3
<i>Deri ve Derialtı Dokunun Hastalıkları</i>	0,1	0,1	0,1
<i>Kas, İskelet Sistemi ve Bağ Dokusu Hastalıkları</i>	0,2	0,3	0,3
<i>Genitoüriner Sistem Hastalıkları</i>	3,6	4,5	4,0
<i>Gebelik, Doğum ve Lohusalık</i>	-	0,1	0,0
<i>Perinatal Dönemden Kaynaklanan Bazı Durumlar</i>	1,3	1,2	1,3
<i>Konjenital Malformasyonlar, Deformasyonlar ve Kromozom Anomalileri</i>	0,9	0,9	0,9
<i>Semptomlar, Belirtiler ve Anormal Klinik ve Laboratuvar Bulguları, Başka Yerde Sınıflanmamış</i>	1,5	1,6	1,5
<i>Dışsal Yaralanma Nedenleri ve Zehirlenmeler</i>	4,8	2,3	3,7

Kaynak: SB, 2022a.

2.2.4. Sağlık İnsan Gücü

Bu bölümde Türkiye'deki hekim, hemşire ve diğer sağlık personeli sayıları ile hekim başına düşen hemşire sayısının yıllara göre dağılımı OECD ülkeleri ortalamaları ile karşılaştırılarak sunulmaktadır.

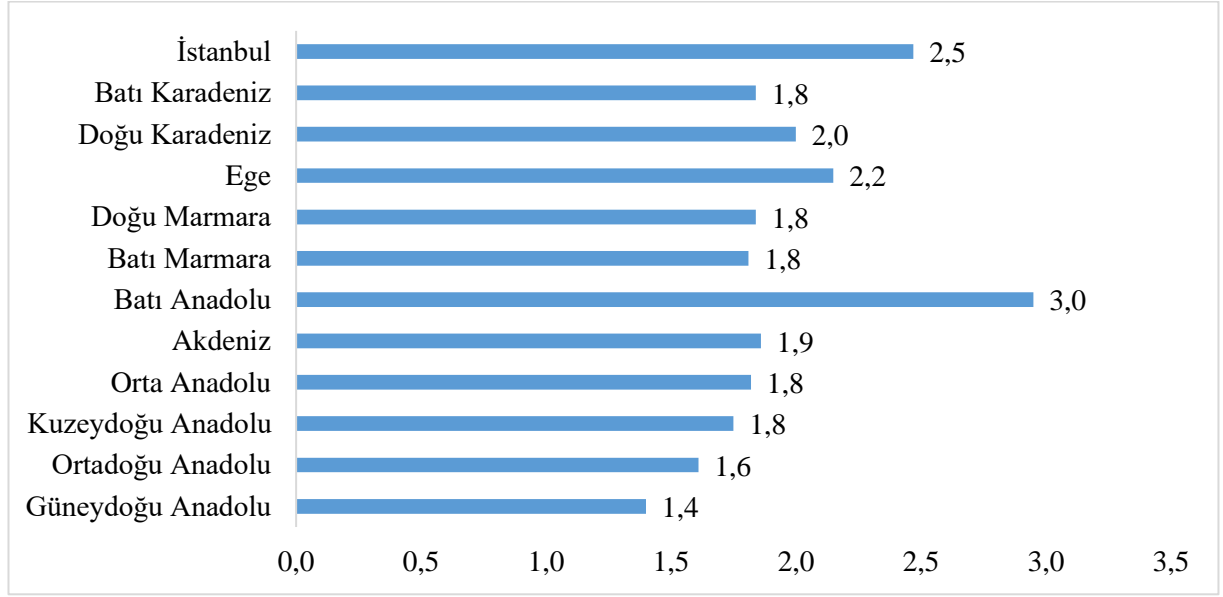
Grafik 8. Yıllar İtibarıyla Bin Kişiyeye Düşen Hekim Sayıları



Kaynak: SB, 2022a; OECD, 2022.

Türkiye’de yıllar itibarıyla bin kişiyeye düşen hekim sayıları OECD ülkeleri ortalamaları kıyaslanarak Grafik 8’de gösterilmiştir. Türkiye’de 2002 yılında 1,4 olan bin kişiyeye düşen hekim sayısı yıllar içerisinde bir artış eğilimi göstererek 2010 yılında 1,7’ye ve 2020 yılında 2,1’e yükselmiştir. Ancak hala 3,6 olan OECD ülkeleri ortalamasının oldukça altında ve OECD ülkeleri içerisindeki en düşük hekim yoğunluğuna sahip ülkelerden birisi olmaya devam etmektedir. Grafik 9’da yer alan bin kişiyeye düşen hekim sayılarının bölgelere göre dağılımı incelendiğinde ise en yüksek hekim yoğunluğu olan bölgenin Batı Anadolu (bin kişiyeye 3 hekim) ve en düşük hekim yoğunluğuna sahip bölgenin ise Güneydoğu Anadolu (bin kişiyeye 1,4 hekim) olduğu görülmektedir.

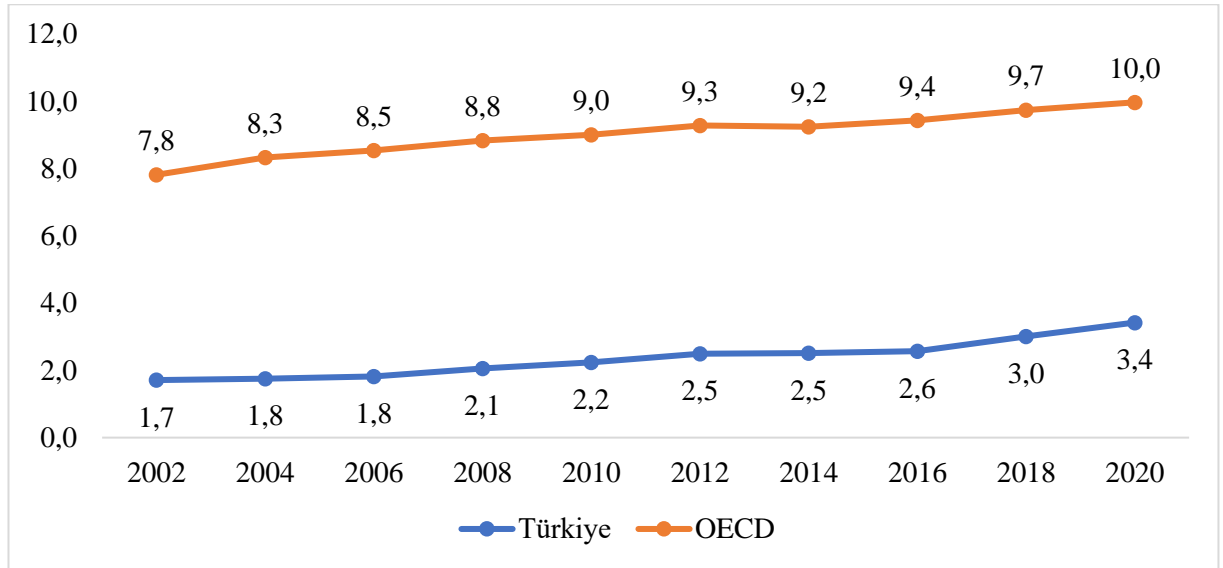
Grafik 9. Bölgelere Göre Bin Kişiyeye Düşen Hekim Sayıları, 2020



Kaynak: SB, 2022a.

Grafik 10'da görüldüğü gibi, Türkiye'de bin kişiyeye düşen hemşire ve ebe sayısında bir artış eğilimi yakalanmasına karşın, 2020 yılı itibarıyla 3,4 olan bu sayı, OECD ülkeleri ortalamasının oldukça gerisindedir. Hekim ve hemşire sayılarında OECD ülkeleri ortalamalarının gerisinde kalınmış olsa da 2017-2018 döneminde tıp fakültelerindeki hekim kontenjanının %132 ve hemşire kontenjanının %146 artırılmış olması kısa sürede OECD ortalamalarına yaklaşılabileceğini düşündürmektedir.

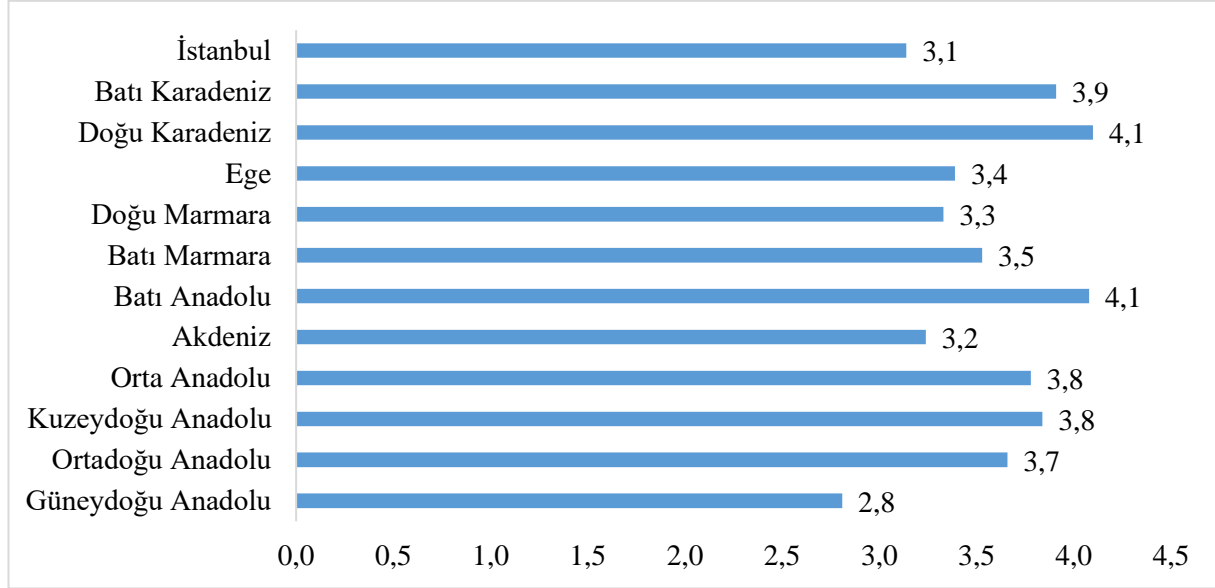
Grafik 10. Yıllar İtibarıyla Bin Kişiyeye Düşen Hemşire ve Ebe Sayısı



Kaynak: SB, 2022a; OECD, 2022.

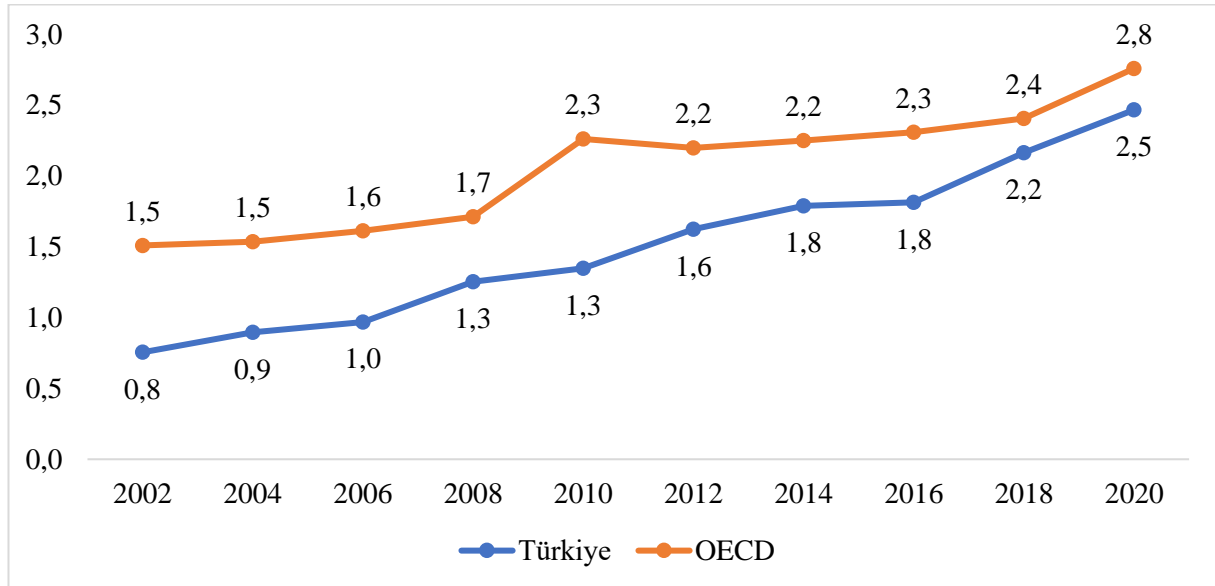
Grafik 11’de Türkiye’de bin kişiye düşen hemşire ve ebe sayılarının bölgelere göre dağılımı yer almaktadır. Güneydoğu Anadolu (2,8), İstanbul (3,1), Akdeniz (3,2) ve Doğu Marmara (3,3) bölgelerinin Türkiye ortalamasının altında bir hemşire ve ebe yoğunluğuna sahip olduğu ve en yüksek hemşire ve ebe yoğunluğuna sahip bölgelerin ise Doğu Karadeniz (4,1) ile Batı Anadolu (4,1) olduğu dikkat çekmektedir.

Grafik 11. Bölgelere Göre Bin Kişiyeye Düşen Hemşire ve Ebe Sayısı, 2020



Kaynak: SB, 2022a.

Grafik 12. Yıllar İtibarıyla Bin Kişiyeye Düşen Diğer Sağlık Personeli Sayısı*



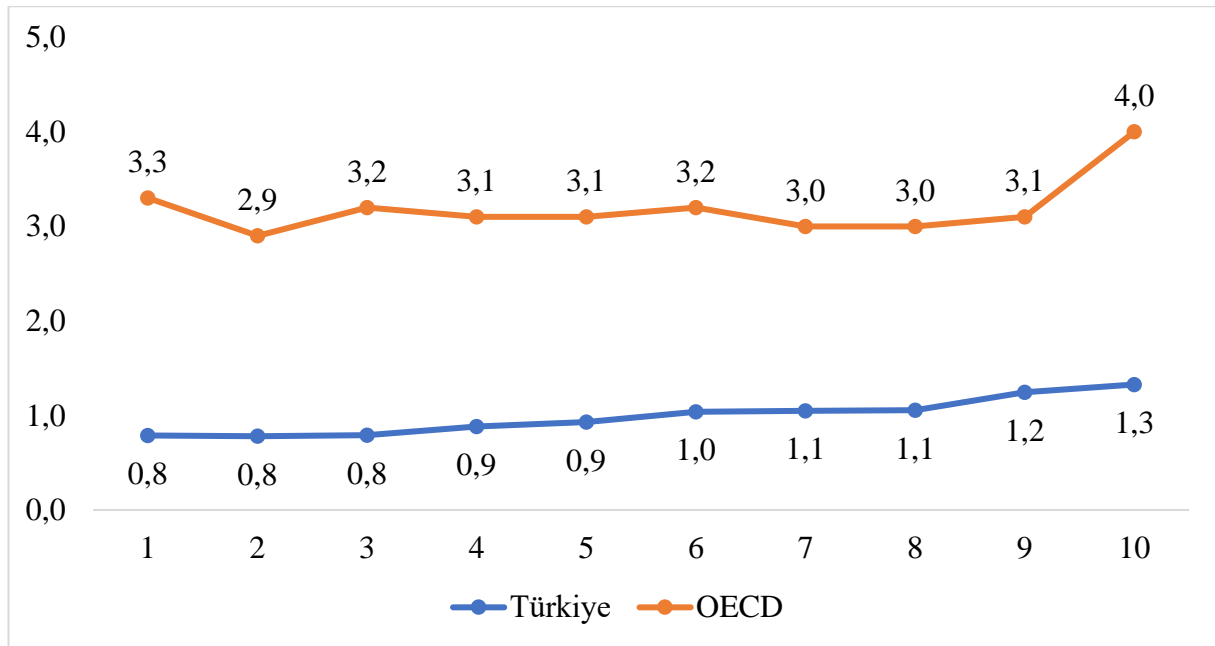
* Türkiye’de bin kişiye düşen diğer sağlık personeli, ilgili yıldaki diğer sağlık personeli sayısının ülke nüfusuna oranlanması ile hesaplanmıştır.

Kaynak: SB 2012, 2017, 2022a; OECD, 2022.

Sağlık hizmeti sunumunda hekim ve hemşire sayıları yanında diğer sağlık personeli sayıları da büyük önem taşımaktadır. Grafik 12'ye göre, Türkiye'de bin kişiye düşen diğer sağlık personeli sayısı 2002 yılında 0,8'den 2020 yılında 2,5'e yükselmiştir ve 2,8 olan OECD ülkeleri ortalamasına oldukça yakındır.

Türkiye'de yıllara göre hekim başına düşen hemşire sayılarına bakıldığında ise (bkz. Grafik 13) 2002 yılında 1'in altında olan bu oranın 2020 yılı itibarıyla 1,3'e yükseldiği ancak halen 4 olan OECD ülkeleri ortalamasının gerisinde kaldığı görülmektedir.

Grafik 13. Yıllar İtibarıyla Hekim Başına Düşen Hemşire Sayısı*



* Hekim başına düşen hemşire sayıları, ilgili yıldaki hemşire sayısının hekim sayısına oranlanması ile hesaplanmıştır.

Kaynak: SB 2012, 2017, 2022a; OECD, 2022.

2.2.5. Sağlık Hizmetleri Sunumu Altyapısı

Bu bölümde koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmeti veren sağlık kuruluşlarının sayısal olarak durumu ile bu kuruluşlarda kullanılan sağlık teknolojileri değerlendirilmektedir.

2.2.5.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Sağlık Bakanlığına bağlı birinci basamak sağlık kuruluşlarının 2002-2020 yılları arasındaki sayısal durumu Tablo 6'da görülmektedir. 2020 yılı itibarıyla Türkiye'de 8.015 aile sağlığı merkezi, 26.594 aile hekimliği birimi ve 779 toplum sağlığı merkezi bulunmaktadır. Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM) ve Çocuk, Ergen Kadın ve

Üreme Sağlığı Birimleri (ÇEKÜS) sayısında önemli bir değişiklik görülmezken Acil Yardım İstasyonu sayısı giderek artarak 2020 yılında 3050'ye çıkmıştır.

Tablo 6. Yıllar İtibarıyla Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarının Sayısı*

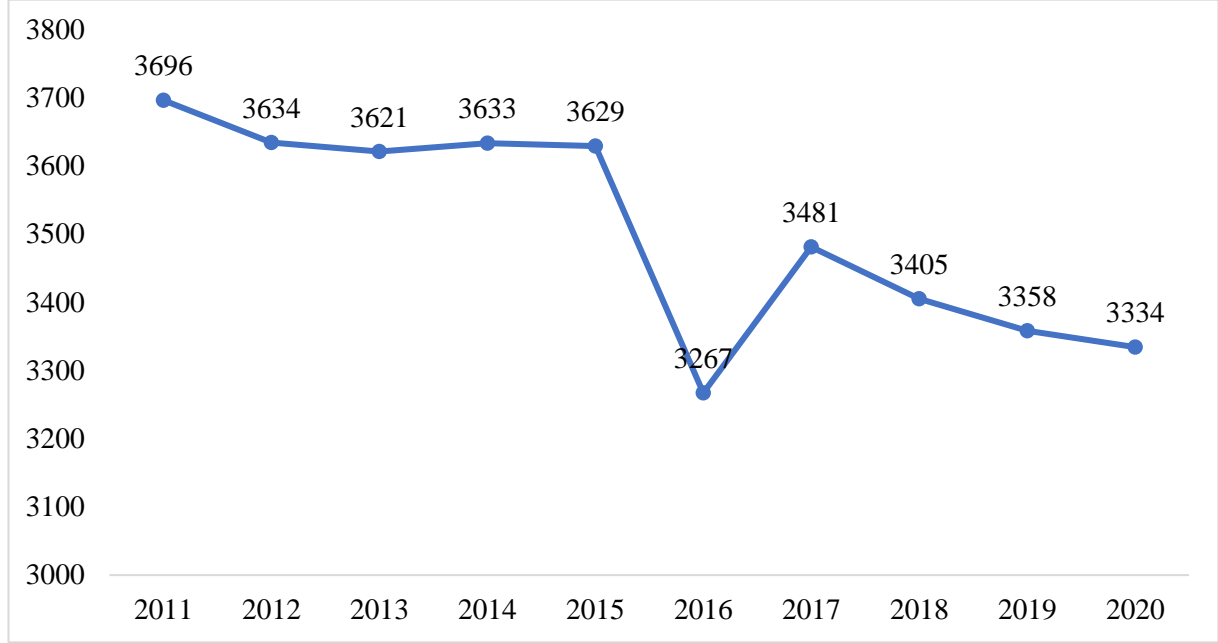
Sağlık Kuruluşu	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2018	2020
<i>Sağlık Ocağı</i>	5.840	6.066	6.377	4.540	-	-	-	-	-	-
<i>Aile Hekimliği Birimi</i>	-	-	-	-	20.185	20.811	21.384	24.428	26.252	26.594
<i>Aile Sağlığı Merkezi</i>	-	-	-	1.765	6.367	6.660	6.829	7.636	7.979	8.015
<i>Toplum Sağlığı Merkezi</i>	-	-	-	373	961	957	970	970	776	779
<i>Sağlık Evi (Binalı)</i>	6.290	7.676	-	-	3.292	5.691	5.572	5.419	5.259	5.027
<i>ÇEKÜS Birimi</i>	298	260	298	225	192	189	182	181	172	166
<i>Verem Savaş Dispanseri</i>	277	267	249	243	198	179	179	180	173	173
<i>KETEM</i>	84	-	40	84	122	124	132	159	175	175
<i>Acil Yardım İstasyonu</i>	481	890	1.175	1.308	1.375	1.863	2.186	2.400	2.735	3.050
<i>E2-E3 Entegre İlçe Devlet Hastaneleri</i>	-	-	-	-	-	-	-	181	196	198
<i>Halk Sağlığı Laboratuvarları</i>	79	121	-	-	-	-	83	83	83	84

* 2002 yılı halk sağlığı laboratuvarları sayısı 2003 yılına aittir. *25/05/2018 tarihinde yayımlanan “Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliği” ile Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması (AÇSAP) Merkezinin ismi Çocuk Ergen Kadın ve Üreme Sağlığı (ÇEKÜS) Birimi olarak değiştirildi.

Kaynak: SB, 2005, 2010, 2015, 2016, 2017, 2019, 2022a.

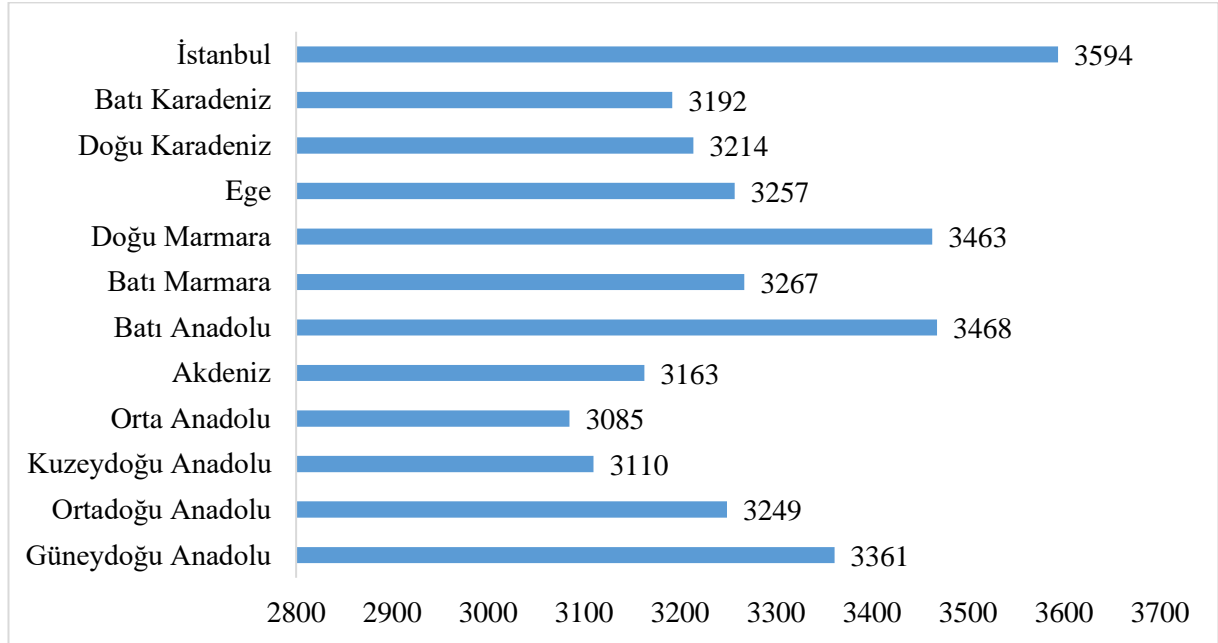
Grafik 14’te görüldüğü gibi aktif çalışan aile hekimi sayısındaki artışa paralel olarak aile hekimi başına düşen nüfus da gerilemiştir. Türkiye genelinde 2020 yılı itibarıyla ortalama 3334 kişiye bir aile hekimi hizmet vermektedir. Grafik 15’e bakıldığında aktif aile hekimi başına nüfusun en düşük olduğu bölgenin Orta Anadolu (3.085 kişi) ve en yüksek olduğu bölgenin İstanbul (3.594 kişi) olduğu görülmektedir. Literatürde birinci basamakta çalışan bir hekime bağlı nüfusun ideal olarak 2500 civarında olması gerektiği ifade edilmektedir (Raffoul vd., 2016). Dolayısıyla Türkiye’de aile hekimi başına düşen nüfusun halen yüksek olduğu görülmektedir.

Grafik 14. Yıllar İtibarıyla Aktif Çalışan Aile Hekimi Başına Düşen Nüfus



Kaynak: SB 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2021, 2022a.

Grafik 15. Bölgelere Göre Aile Hekimi Başına Düşen Nüfus, 2020

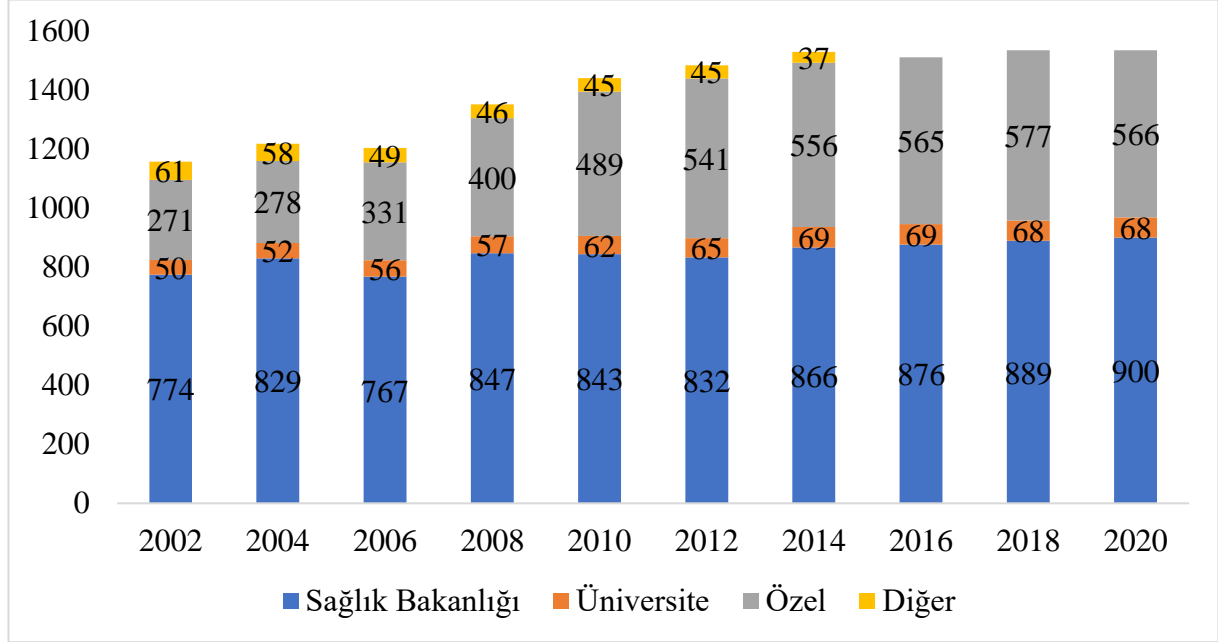


Kaynak: SB, 2022a.

2.2.5.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Türkiye’de 2020 yılı itibarıyla toplam 1.534 hastane bulunmaktadır. Sağlık Bakanlığı en fazla hastaneye sahip kurumdur. Sağlık Bakanlığı, üniversite ve özel hastane sayılarında son beş yıl içerisinde önemli bir değişiklik görülmemiştir (bkz. Grafik 16).

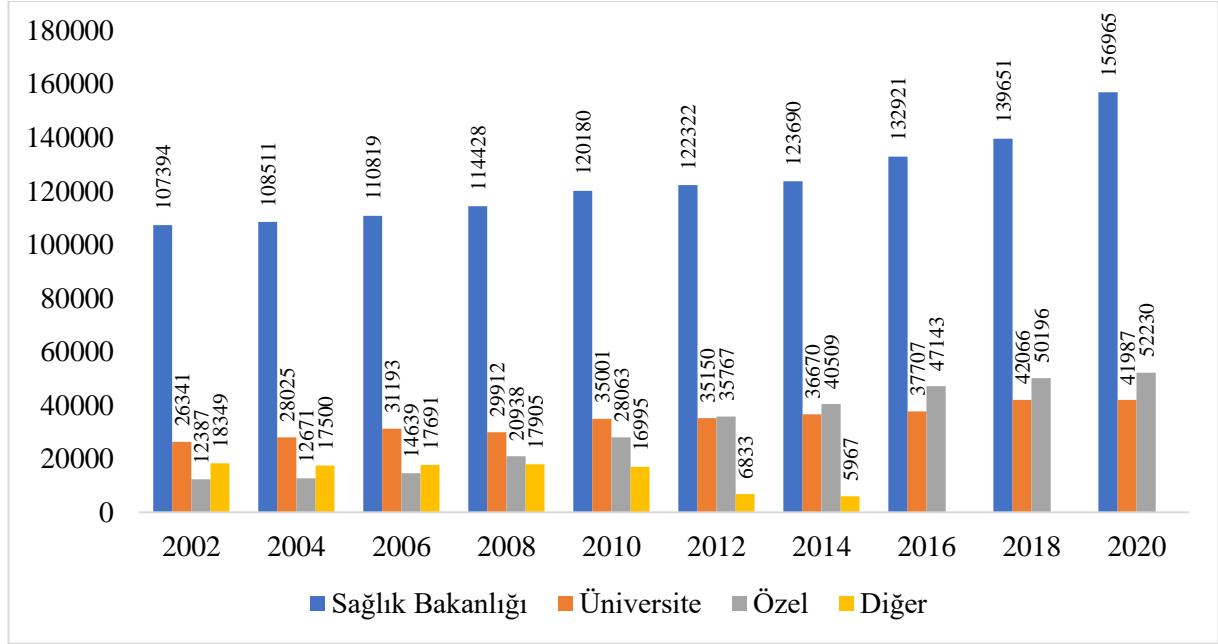
Grafik 16. Yıllara ve Mülkiyete Göre Hastane Sayısı



Kaynak: SB, 2002, 2012, 2016, 2017, 2019, 2022a.

Grafik 17’de hastane yatak sayılarının kurumlara göre dağılımına bakıldığında 2020 yılında 251.182 olan toplam hastane yatağı sayısının %62,5’ine Sağlık Bakanlığının sahip olduğu görülmektedir. Sağlık Bakanlığı hastaneleri yatak sayısının 2016 yılında 132.921’den yaklaşık %18’lik bir artışla 2020 yılında 156.965’e yükseldiği dikkat çekmektedir. Üniversiteler hastanelerin %4,4’üne sahip olmasına karşın yatak kapasitesinin %16,7’sine sahiptir. Özel sektör ise hastanelerin önemli bir bölümüne sahipken (%36,9) hastane yataklarının yalnızca %20,8’ine sahiptir.

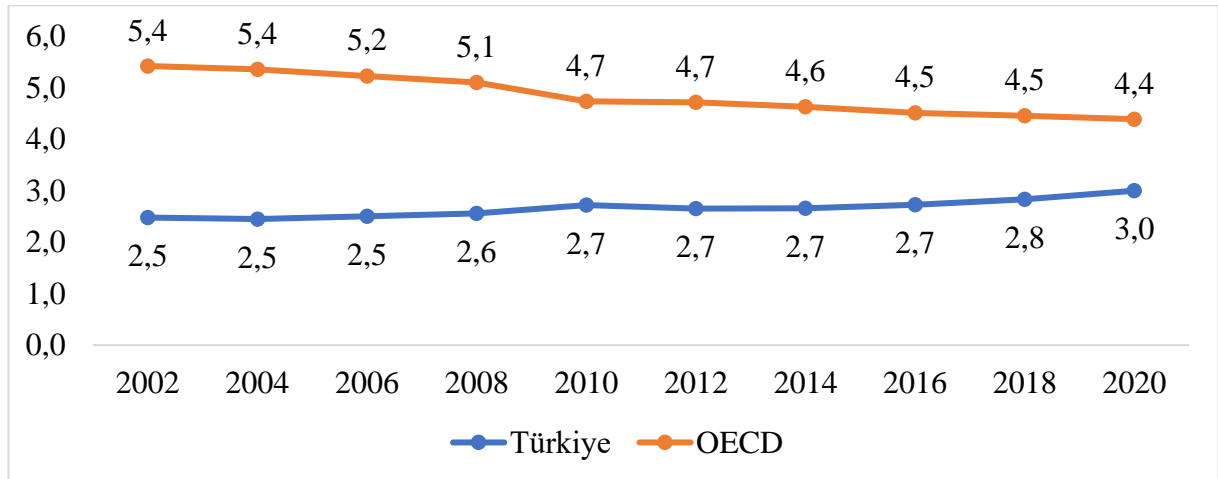
Grafik 17. Yıllara ve Mülkiyete Göre Hastane Yatağı Sayısı



Kaynak: SB, 2002, 2012, 2016, 2017, 2019, 2022a.

Bin kişiye düşen hastane yatağı sayısı açısından Türkiye'nin yıllar itibarıyla durumu OECD ülkeleri ortalamaları ile kıyaslanarak Grafik 18'de gösterilmiştir. Türkiye'de son 10 yılda bin kişiye düşen hastane yatağı sayısında önemli bir değişiklik yaşanmazken 2020 yılı itibarıyla bu değer 3 olarak hesaplanmıştır. Ancak OECD ülkelerinde bin kişiye düşen hasta yatağı ortalaması 4,4'tür.

Grafik 18. Yıllar İtibarıyla Bin Kişiye Düşen Hastane Yatağı Sayısı

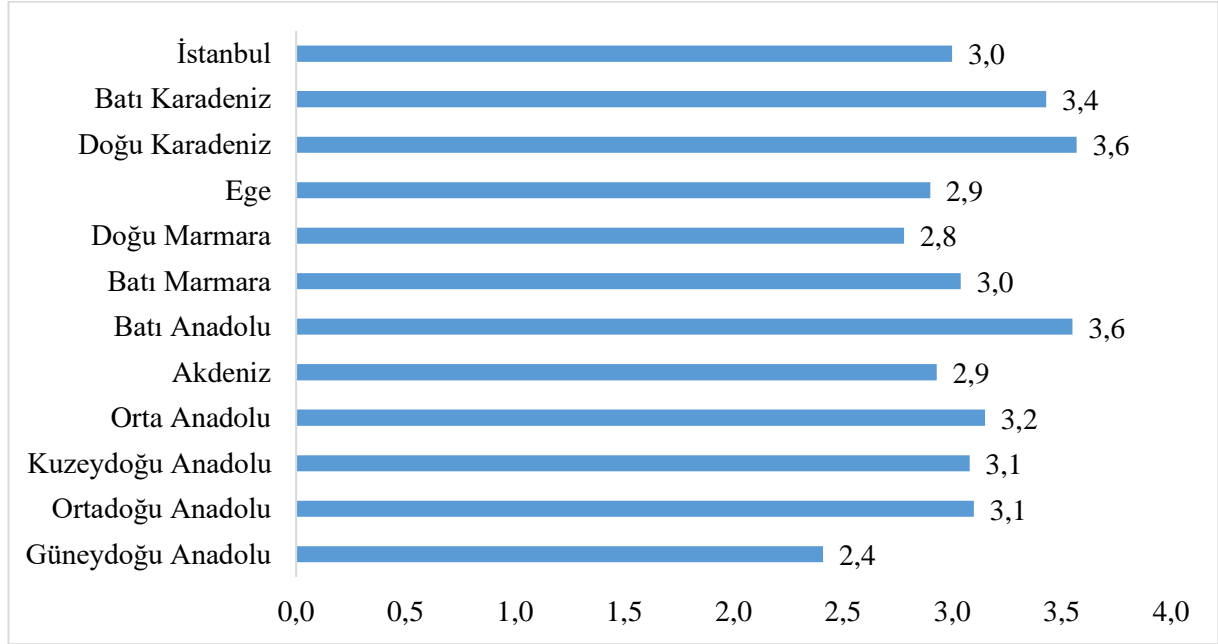


Kaynak: OECD, 2022; TÜİK, 2022.

Grafik 19'da bin kişiye düşen hastane yatağı sayısının bölgelere göre dağılımı görülmektedir. Buna göre, bin kişiye düşen yatak sayısının en düşük olduğu bölge Güneydoğu

Anadolu (bin kişiye 2,4 yatak) iken en yüksek olduğu bölgeler Batı Anadolu (bin kişiye 3,6 yatak) ile Doğu Karadeniz'dir (bin kişiye 3,6 yatak). Ege, Doğu Marmara ve Akdeniz bölgelerinin de Türkiye ortalamasının altında bir yatak yoğunluğuna sahip olduğu dikkat çekmektedir.

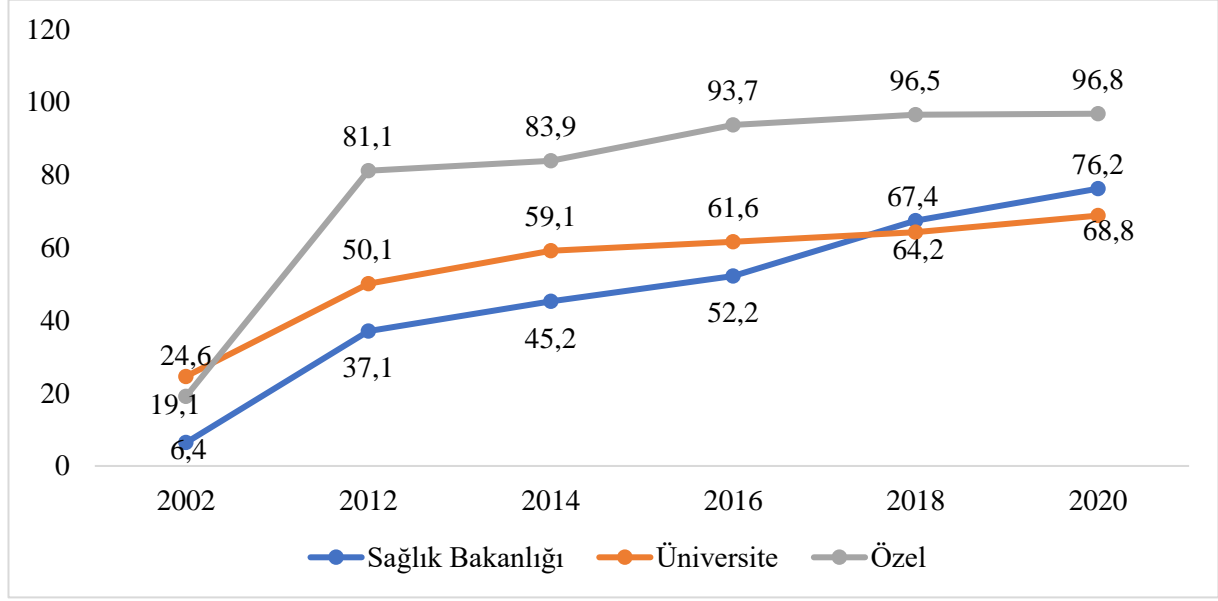
Grafik 19. Bölgelere Göre Bin Kişiye Düşen Hastane Yatağı Sayısı, 2020



Kaynak: SB, 2022a.

Hasta yatağının nicelik olarak fazlalığı yanında nitelik olarak iyileştirilmesi de oldukça önem taşımaktadır. Nitelikli yataklar, içinde tuvaleti, banyosu ile en fazla iki yatağı olan ve televizyon, telefon, buzdolabı, yemek masası ve refakatçi koltuğu bulunan odalardaki yataklardır. 2016 yılında 113.166 olan toplam nitelikli yatak sayısının 2020 yılında yaklaşık %41'lik bir artışla 159.765'e yükselmesi dikkat çekmektedir. Grafik 20 incelendiğinde Sağlık Bakanlığı'nın nitelikli yatakların toplam yatakları içerisindeki oranını 2016'da %52,2'den 2020'de %76,2'ye çıkardığı görülmektedir. 2020 yılı itibarıyla üniversite hastaneleri yataklarının %68,8'i ve özel hastane yataklarının ise %96,8'i nitelikli yatak kapsamında değerlendirilmektedir.

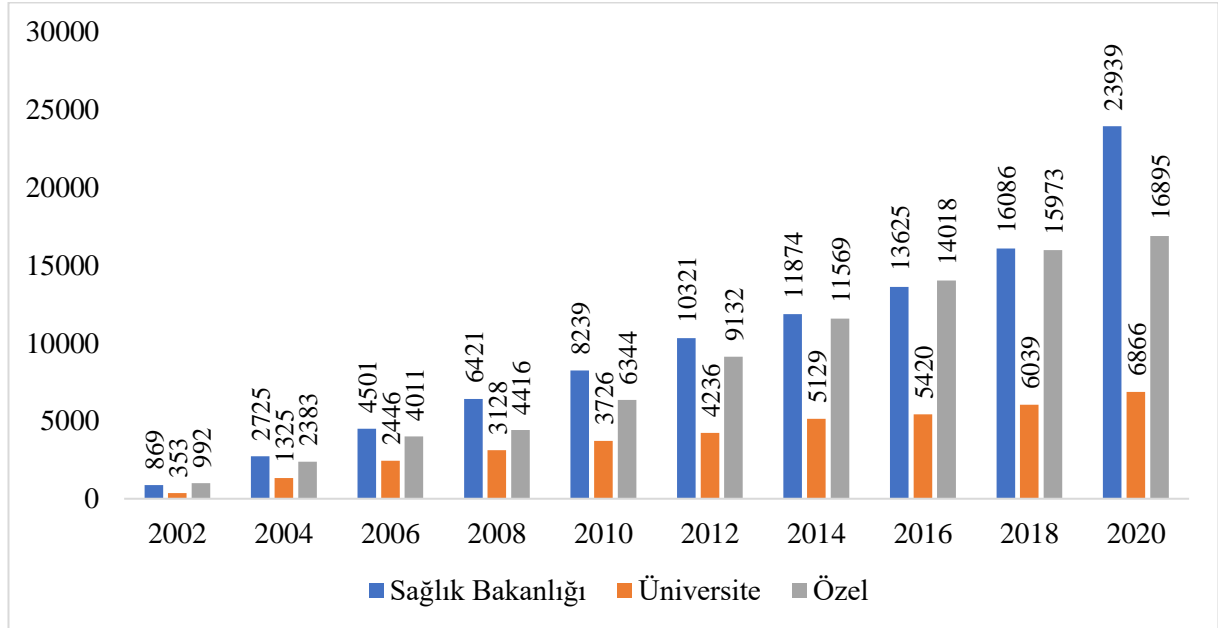
Grafik 20. Yıllar İtibarıyla Nitelikli Yatakların Toplam Yataklar İçindeki Payı (%)



Kaynak: SB 2016, 2017, 2022a.

Grafik 21’de yoğun bakım yatak sayılarının hastane mülkiyetine göre dağılımına bakıldığında 2020 yılı itibarıyla 47.700 olan yoğun bakım yatak sayısının %14,4’ünün üniversite hastanelerine, %35,4’ünün özel hastanelere ve %50,2’sinin ise Sağlık Bakanlığı’na ait olduğu anlaşılmaktadır. 2016 yılında 33.063 olan yoğun bakım yatak sayısı 2020 yılında 47.700’e yükselmiştir.

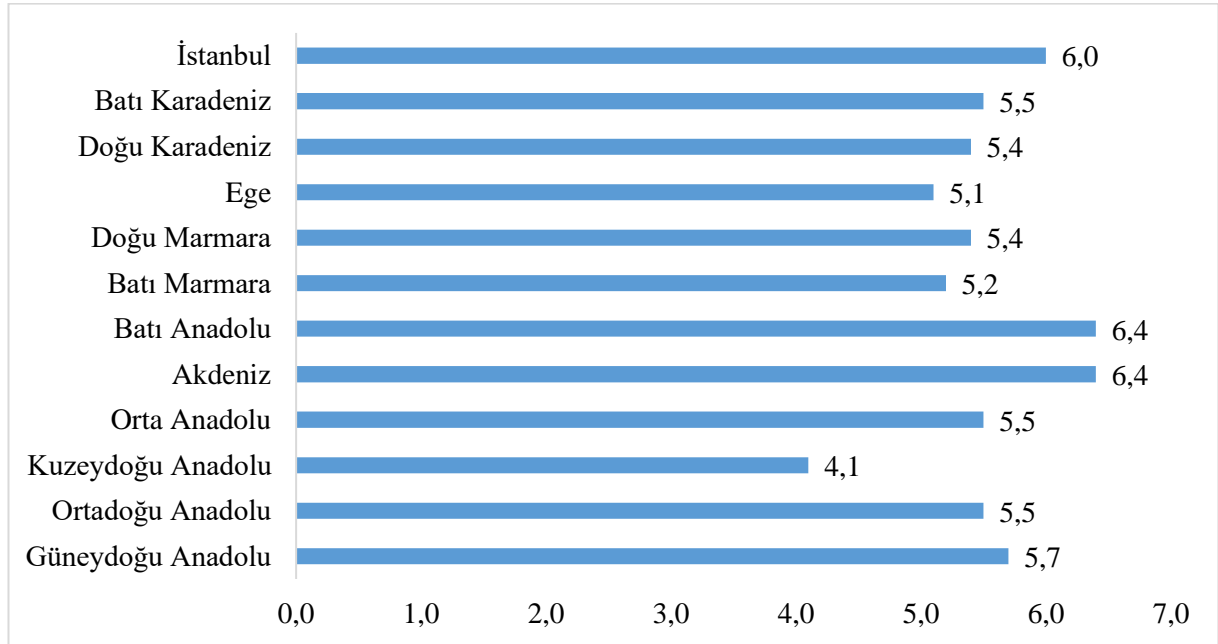
Grafik 21. Yıllar İtibarıyla Mülkiyete Göre Yoğun Bakım Yatak Sayıları



Kaynak: SB, 2012, 2015, 2022a.

Yoğun bakım yatak sayılarının bölgelere göre dağılımı incelendiğinde (bkz. Grafik 22), on bin kişiye düşen yoğun bakım yatak sayısının en düşük olduğu bölgenin Kuzeydoğu Anadolu (on bin kişiye 4,1 yatak) olduğu görülmektedir. En yüksek olduğu bölgeler ise Batı Anadolu ve Akdeniz bölgeleridir (on bin kişiye 6,4 yatak).

Grafik 22. Bölgelere Göre On Bin Kişiye Düşen Yoğun Bakım Yatak Sayıları, 2020

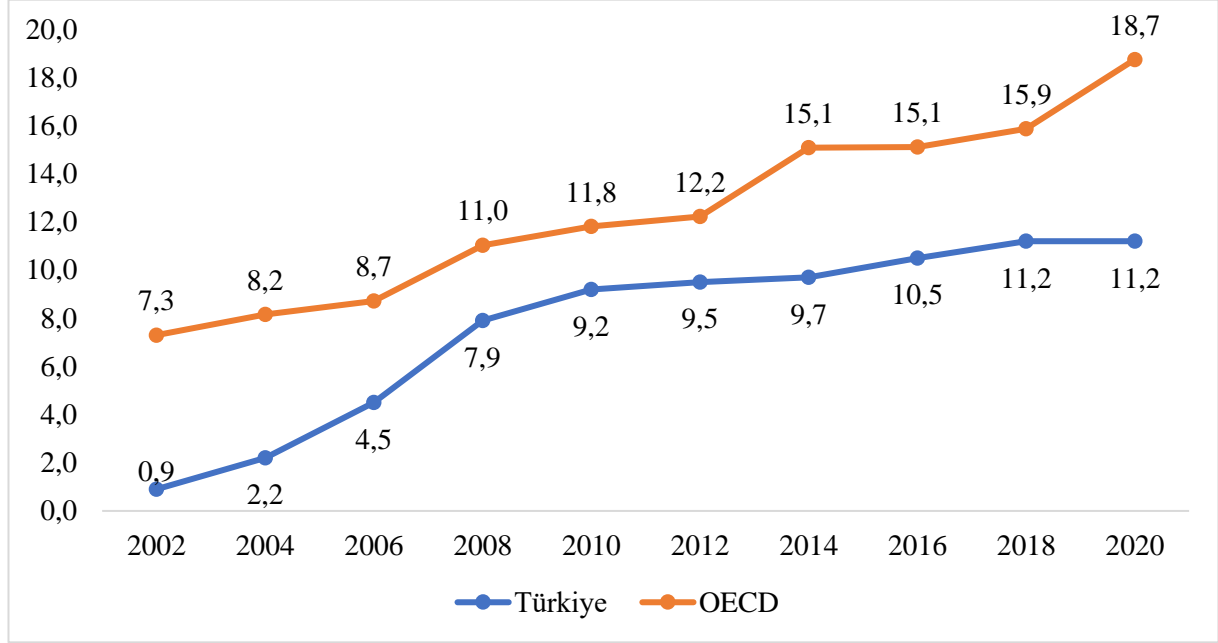


Kaynak: SB, 2022a.

2.2.5.3. Sağlık Teknolojileri

Sağlık teknolojileri alt yapısı değerlendirilirken en sık kullanılan göstergeler bir milyon kişiye düşen manyetik rezonans (MR) cihazı sayısı ile bilgisayarlı tomografi (BT) cihazı sayısıdır. Grafik 23’de Türkiye’deki yıllar itibarıyla bir milyon kişiye düşen MR cihazı sayıları OECD ülkeleri ortalamaları ile karşılaştırılarak gösterilmektedir. Türkiye’de 2016 yılından bu yana bir milyon kişiye düşen MR cihazı sayısında önemli bir artış görülmemiştir. 2020 yılı itibarıyla Türkiye’de bir milyon kişiye düşen MR cihazı sayısı 11,2 iken OECD ülkeleri ortalaması 18,7’dir.

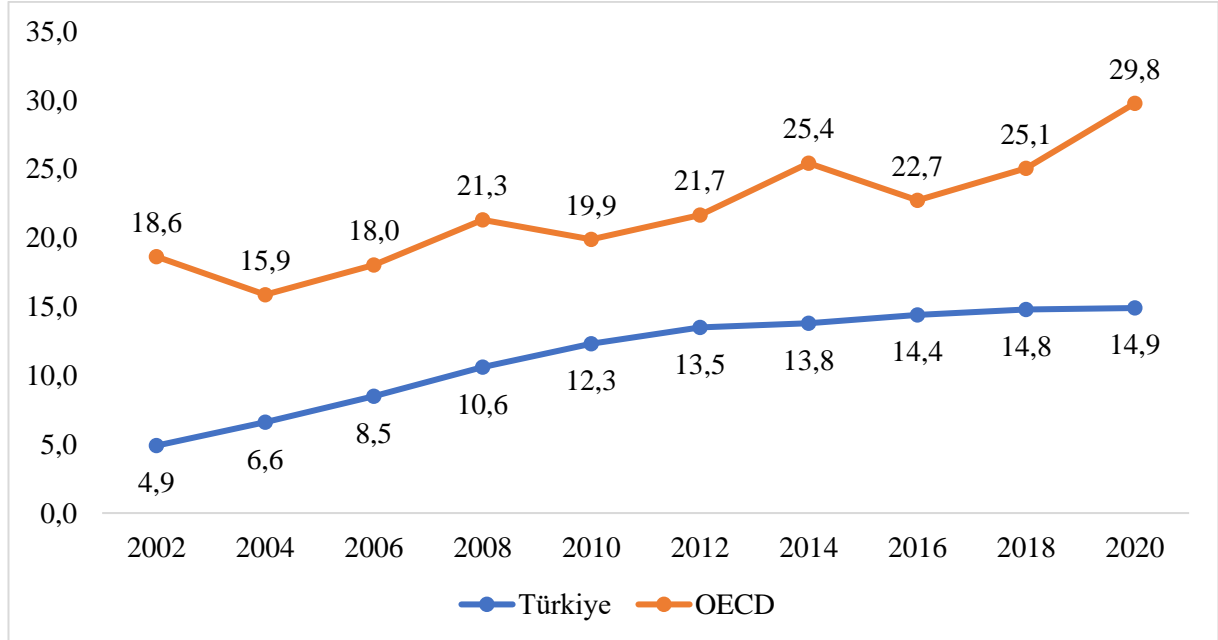
Grafik 23. Yıllar İtibarıyla Bir Milyon Kişiyeye Düşen MR Cihazı Sayısı



Kaynak: SB 2012, 2015, 2016, 2017, 2019, 2022a; OECD, 2022.

Türkiye’de bir milyon kişiyeye düşen BT cihazı sayısı 14,9 iken OECD ülkeleri ortalaması 29,8’dir. Grafik 24 incelendiğinde Türkiye’de 2016 yılından bu yana bir milyon kişiyeye düşen BT cihazı sayısında da önemli bir değişiklik olmadığı görülmektedir.

Grafik 24. Yıllar İtibarıyla Bir Milyon Kişiyeye Düşen BT Cihazı Sayısı



Kaynak: SB 2012, 2015, 2016, 2017, 2019, 2022a; OECD, 2022.

2.2.6. Sağlık Hizmetleri Kullanımı

Bu bölümde sağlık kurumlarının çalışmaları (sağlık kurumlarına müracaat sayıları, yatan hasta ve ameliyat sayılarının kurumlara göre dağılımı, sağlık teknolojilerinin kullanımı), sağlık kurumlarının verimlilik göstergeleri ile vatandaşların sağlık hizmetlerinden memnuniyet düzeyleri değerlendirilmektedir.

2.2.6.1. Sağlık Kurumlarının Çalışmaları

Sağlık kurumlarının çalışmaları, birinci basamak sağlık kuruluşları ve tedavi edici sağlık hizmeti sunan sağlık kuruluşlarının çalışmaları olmak üzere iki başlık altında ele alınmaktadır. Tablo 7’de yıllar itibarıyla birinci basamak sağlık kuruluşlarına yapılan müracaat sayıları görülmektedir. 2010 yılında başlayan aile hekimliği uygulamasından bu yana aile hekimlerine müracaat sayısı 109 milyondan 2020 yılında 247 milyona ulaşmıştır.

Tablo 7. Yıllar İtibarıyla Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarına Yapılan Müracaat Sayısı*

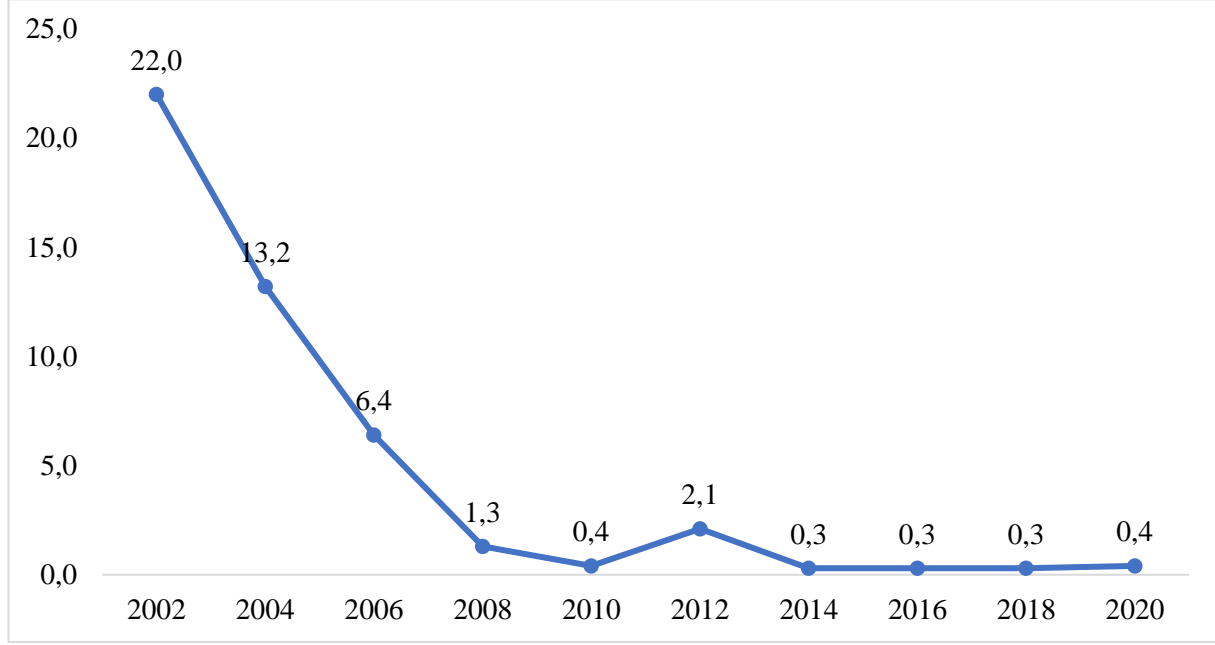
Kurum	2002	2010	2014	2016	2018	2020
<i>Sağlık Ocağı</i>	69.103.517	84.629.163	-	-	-	-
<i>Aile Hekimliği</i>	-	108.976.049	214.120.750	205.549.931	258.436.607	247.273.830
<i>ÇEKÜS Birimi</i>	2.980.481	3.831.859	660.056	525.011	366.095	153.890
<i>TSM’ler Tarafından Yapılan Diğer Muayeneler</i>	-	-	2.234.348	8.080.631	4.821.348	1.767.606
<i>Verem Savaş Dispanseri</i>	2.012.458	2.378.998	1.643.937	1.374.153	1.332.580	769.343
<i>Özel Poliklinikler</i>	731.132	2.497.352	546.514	461.013	539.593	435.764
<i>E2-E3 Entegre İlçe Hastaneleri</i>	-	-	-	3.205.116	3.577.348	2.719.502
Toplam	74.827.588	202.313.421	219.205.605	219.195.855	269.073.571	253.119.935

* 25/05/2018 tarihinde yayımlanan “Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliği” ile Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması (AÇSAP) Merkezinin ismi Çocuk Ergen Kadın ve Üreme Sağlığı (ÇEKÜS) Birimi olarak değiştirilmiştir.

Kaynak: SB, 2012, 2016, 2017, 2022a.

Grafik 25’de 2002 yılından bu yana birinci basamak sağlık kuruluşları sevk hızı verilmiştir. 2016 yılından bu yana sevk hızında önemli bir değişiklik görülmezken 2020 yılı itibarıyla yüz hastadan 0,4’ünün diğer sağlık kuruluşlarına sevk edildiği görülmektedir.

Grafik 25. Yıllar İtibarıyla Birinci Basamak Sağlık Kuruluşları Sevk Hızı (%)



Kaynak: SB, 2022a.

Birinci basamak sağlık kuruluşlarının çalışmalarının değerlendirilmesinde aşılarda oldukça önemli bir yere sahiptir. Tablo 8’de Türkiye’de yıllara göre aşılama oranları gösterilmiştir. 2016 yılından bu yana aşılama oranlarına önemli bir değişiklik görülmemektedir.

Tablo 8. Yıllara Göre Aşılama Oranları (%)*

Aşılarda	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2018	2020
DaBT-3	78	85	90	96	97	97	96	98	98	98
BCG	77	79	88	96	97	96	95	96	96	96
HBV-3	72	77	82	92	96	97	95	98	98	98
KKK	82	81	98	97	97	96	94	98	96	95
KPA-3	-	-	-	-	95	97	96	98	98	95

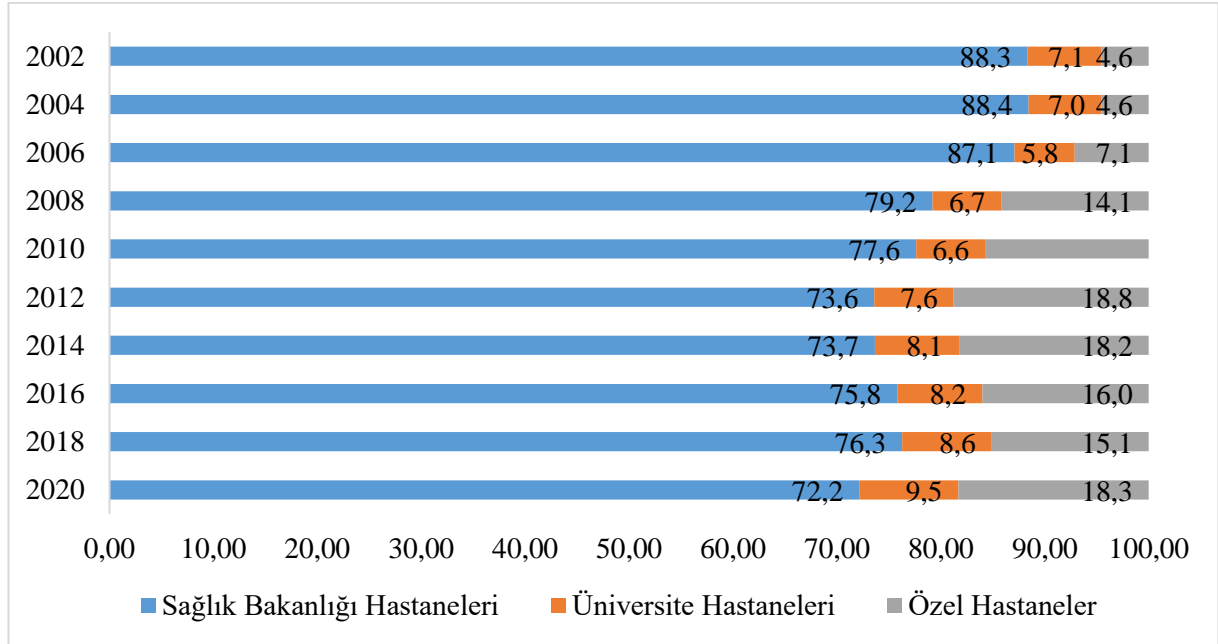
* 1 Temmuz 2019 tarihinden itibaren KPA’nın üçüncü doz uygulaması kaldırılıp yerine KPA Rapel uygulamasına geçilmiştir. 2018 yılı ve öncesindeki değerler KPA-3 uygulamasına aittir.

Kaynak: SB 2012, 2016, 2017, 2022a.

Tedavi edici sağlık kuruluşlarının çalışmaları incelendiğinde 2016 yılında yaklaşık 444 milyon olan hastanelere müracaat sayısının 2018 yılında 494 milyona kadar çıktığı ancak 2020 yılında pandeminin de etkisiyle 332 milyona gerilediği dikkat çekmektedir. 2020 yılında

hastanelere yapılan toplam 332 milyon müracaatın hastane mülkiyetlerine göre dağılımına bakıldığında %72,2'sinin Sağlık Bakanlığı hastanelerine, %18,3'ünün özel hastanelere ve %9,5'inin üniversite hastanelerine yapıldığı görülmektedir. 2016 yılından bu yana özel ve üniversite hastanelerinin toplam müracaatlar içerisindeki paylarında küçük artışlar gerçekleşmiştir (bkz. Grafik 26).

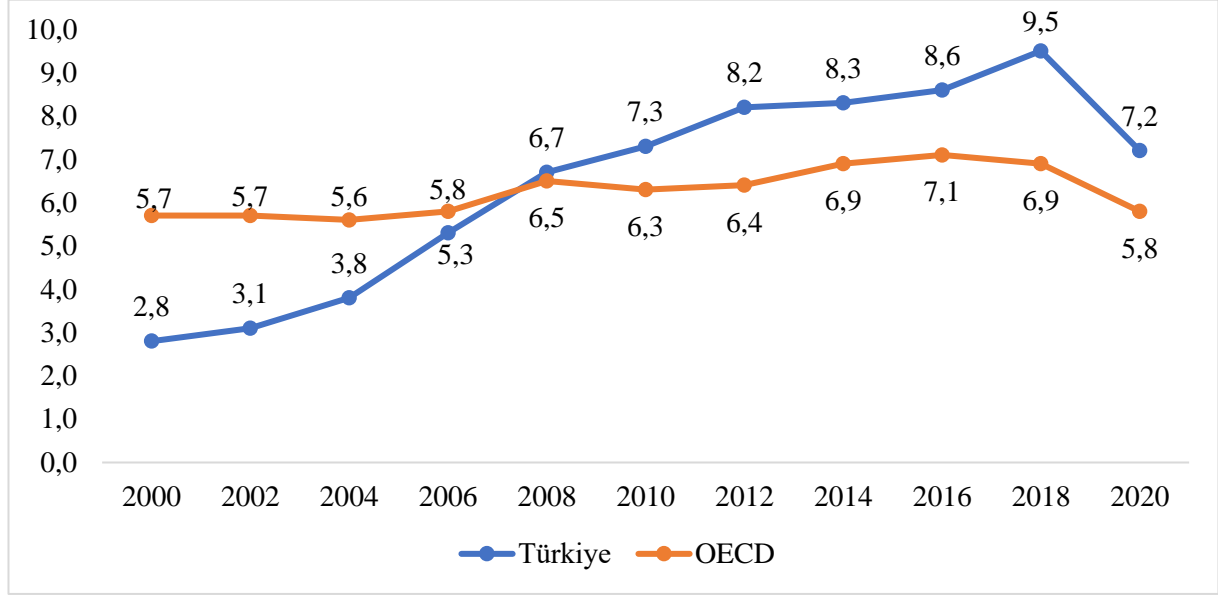
Grafik 26. Yıllara ve Mülkiyete Göre Hastaneye Müracaat Dağılımı (%)



Kaynak: SB, 2012, 2016, 2017, 2022a.

Grafik 27'de Türkiye'de kişi başına düşen hekime müracaat sayıları yıllar itibarıyla OECD ülkeleri ortalamaları ile karşılaştırılmalı olarak sunulmuştur. Türkiye'de daha önce de ifade edildiği gibi hekim yoğunluğu OECD ülkeleri ortalamasının altında kalmasına karşın kişi başına düşen hekime başvuru sayısı 2020 yılı itibarıyla 7,2 olup OECD ülkeleri ortalamasının (5,8) üzerindedir. OECD ülkelerinde görülen seyre benzer olarak Türkiye'de de 2020 yılında pandeminin etkisiyle kişi başına hekime başvuru sayısında bir düşüş gözlemlenmiştir.

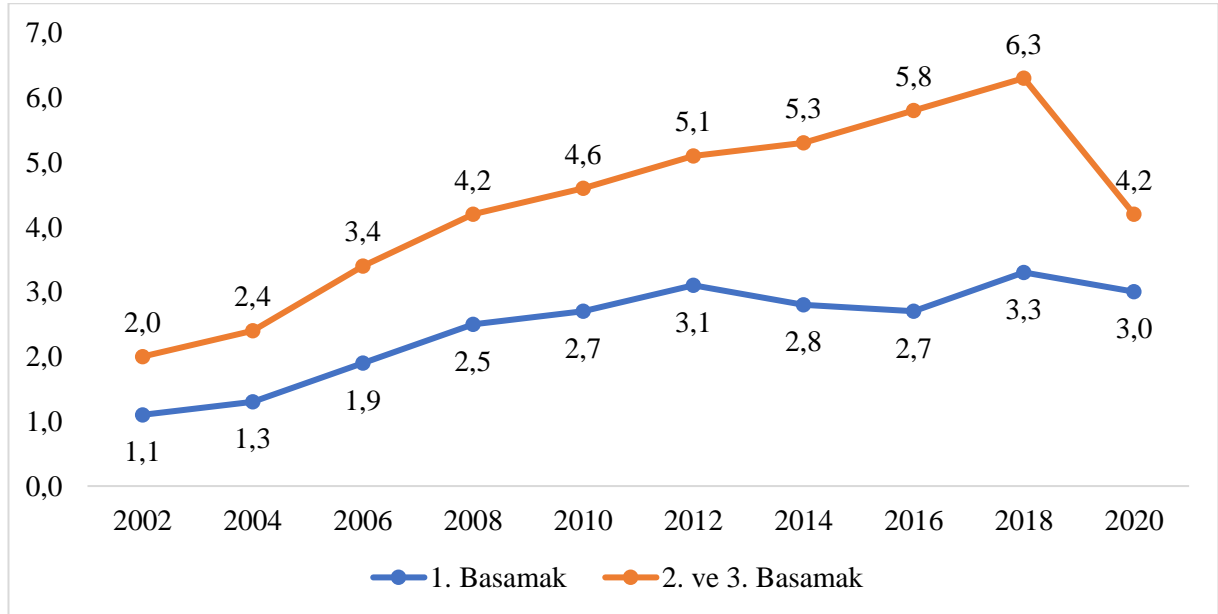
Grafik 27. Yıllar İtibarıyla Kişi Başına Düşen Hekime Müracaat Sayısı



Kaynak: SB, 2012, 2016, 2017, 2022a; OECD, 2022.

Grafik 28’de yıllar itibarıyla birinci basamak ile ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına kişi başına düşen müracaat sayıları gösterilmiştir. 2016 yılında birinci basamak sağlık kuruluşlarına kişi başı başvuru sayısının 2,7’den 2020 yılında 3’e yükseldiği görülürken aynı yıllar arasında ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına olan müracaat sayısı 5,8’den pandeminin etkisiyle 4,2’ye gerilemiştir.

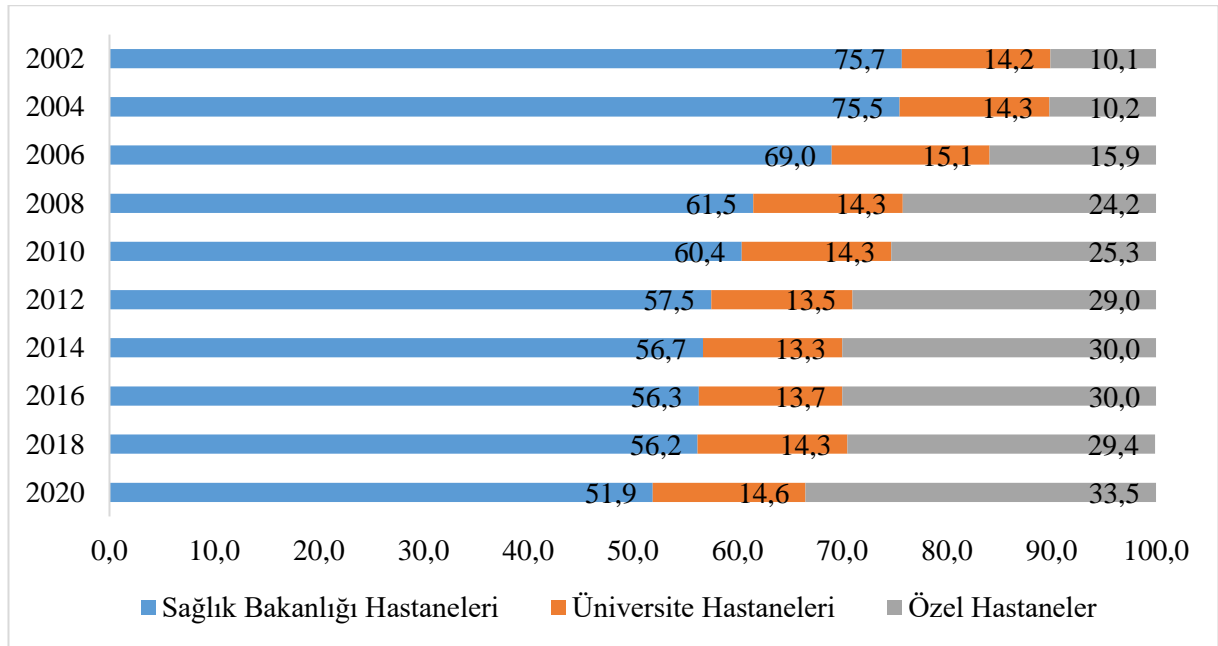
Grafik 28. Yıllara Göre Kişi Başına Düşen Sağlık Kuruluşlarına Müracaat Sayısı



Kaynak: SB, 2012, 2015, 2022a.

Türkiye’de 2020 yılı itibarıyla hastanelere müracaatla birlikte yatan hasta sayılarında da düşüşler gerçekleşmiştir. 2016 yılında hastanelere yatan hasta sayısı 13,5 milyon iken 2020’de 10,6 milyona gerilemiştir. 2020 yılı itibarıyla 10,6 milyon yatan hastanın hastane mülkiyetlerine göre dağılımı incelendiğinde (bkz. Grafik 29) %51,9’unun Sağlık Bakanlığı hastanelerinden, %33,5’inin özel hastanelerden ve %14,6’sının üniversite hastanelerinden hizmet aldığı görülmektedir. Özel hastanelerin toplam yatan hasta sayıları içerisindeki payının 2016 yılında %30’dan 2020 yılında %33,5’e yükseldiği dikkat çekmektedir.

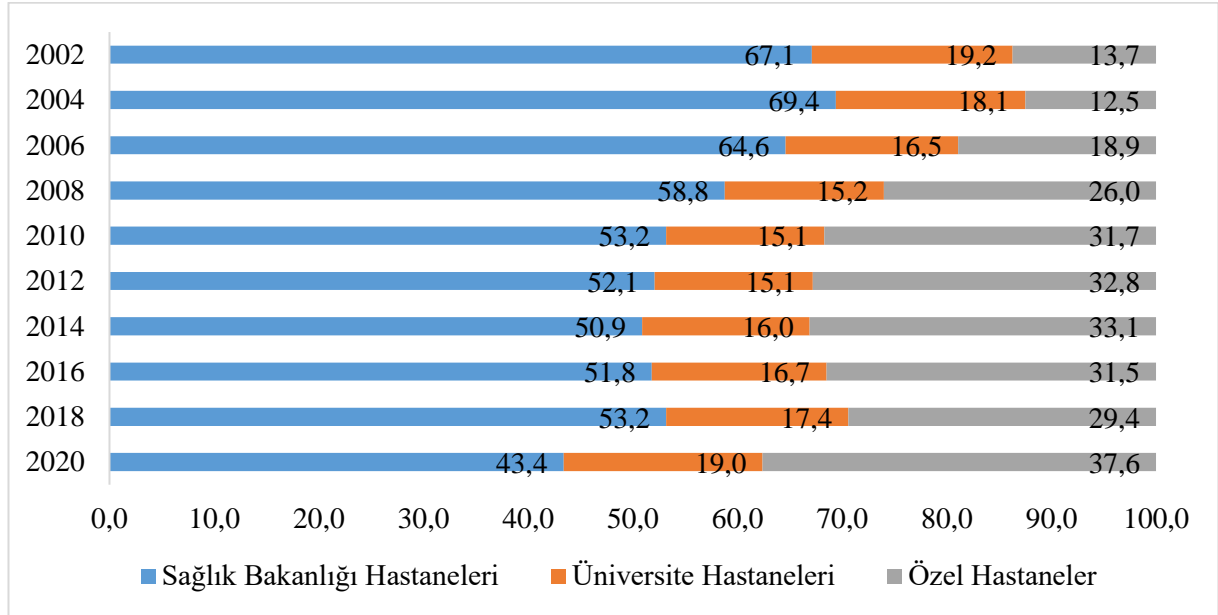
Grafik 29. Yıllara ve Mülkiyete Göre Yatan Hasta Dağılımı (%)



Kaynak: SB, 2012, 2017, 2022a.

Türkiye’de yıllara ve hastane mülkiyetlerine göre ameliyat sayılarının dağılımı Grafik 30’da görülmektedir. 2016 yılında 4,8 milyon olan ameliyat sayısı 2020 yılında 3,7 milyon olarak gerçekleşmiştir. 3,7 milyon ameliyatın hastane mülkiyetlerine göre dağılımına bakıldığında %43,4’ünün Sağlık Bakanlığı hastanelerinde, %37,6’sının özel hastanelerde ve %19’unun üniversite hastanelerinde yapıldığı ortaya çıkmaktadır. Toplam ameliyatlarda içerisindeki Sağlık Bakanlığı payının 2016 yılında %51,8’den 2020 yılında %43,4’e gerilediği ve özel hastanelerin payının 2016 yılında %31,5’den 2020 yılında %37,6’ya çıktığı dikkat çekmektedir.

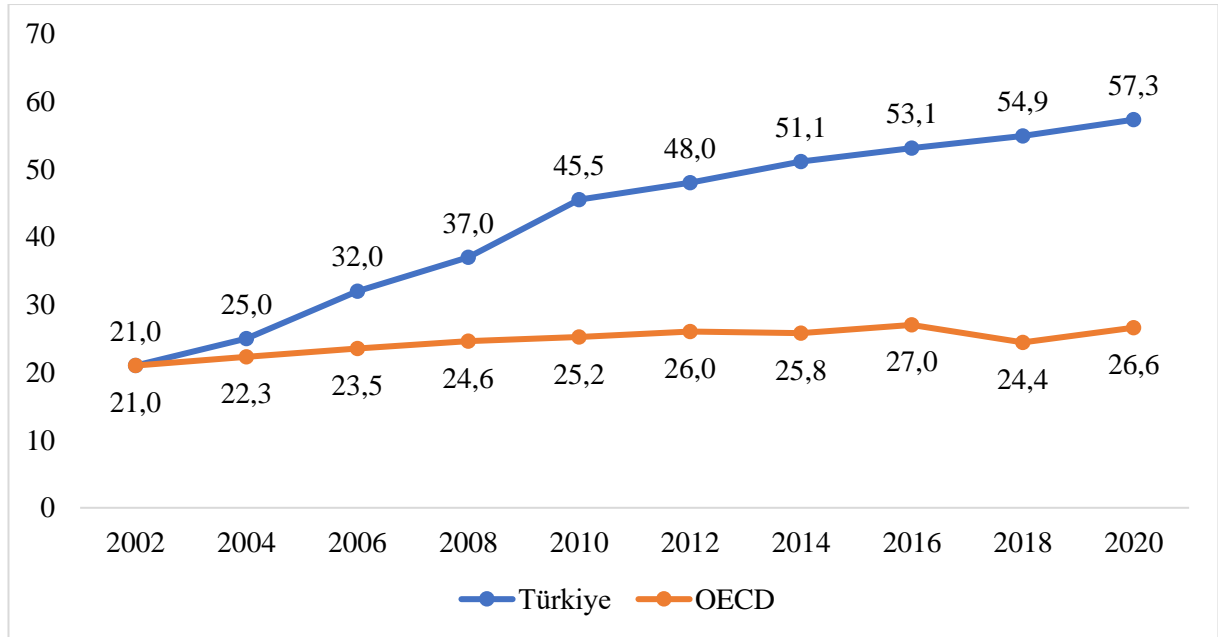
Grafik 30. Yıllara ve Mülkiyete Göre Ameliyat Dağılımı (%)



Kaynak: SB, 2012, 2017, 2022a.

Grafik 31’de Türkiye ve OECD ülkelerinde sezaryen doğumların tüm doğumlar içerisindeki oranları görülmektedir. Türkiye’de tüm doğumlar içerisindeki sezaryen doğum oranının artış seyrine devam ederek 2020 yılında %57,3’e ulaştığı ve %26,6 olan OECD ülkeleri ortalamasının oldukça üzerinde olduğu dikkat çekmektedir.

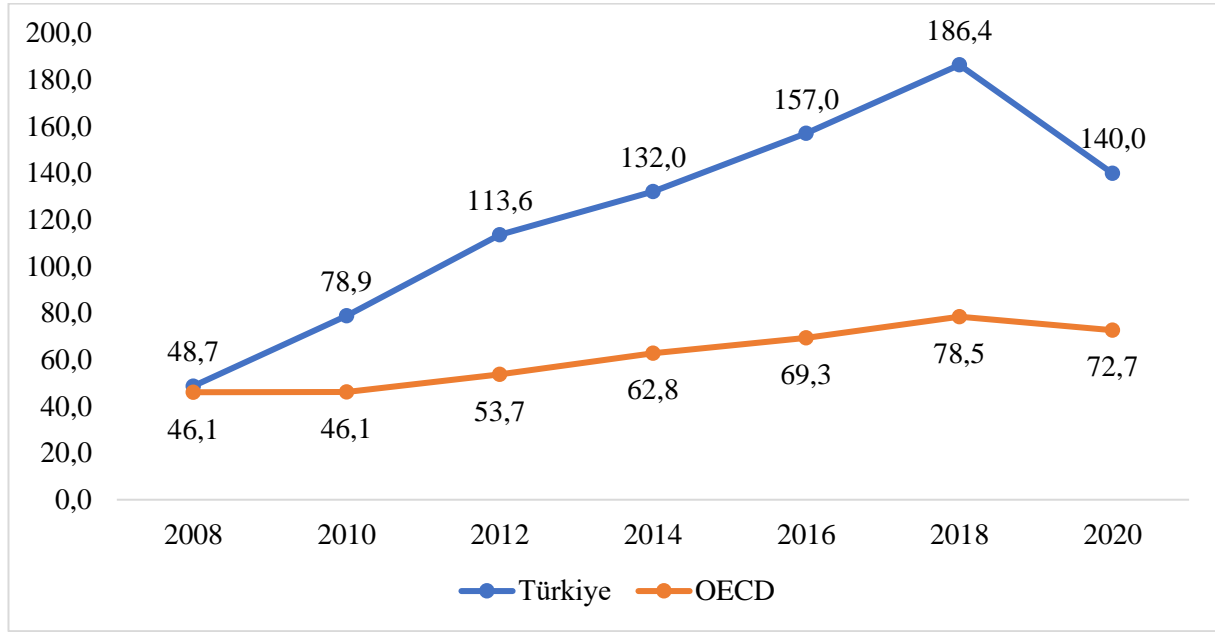
Grafik 31. Yıllar İtibarıyla Sezaryen Doğumların Tüm Doğumlar İçindeki Payı (%)



Kaynak: SB, 2012, 2016, 2017, 2018, 2022a; OECD, 2022.

Grafik 32 ve 33’de Türkiye’de yıllar itibarıyla MR ve BT cihazlarının bin kişiye düşen görüntüleme sayıları OECD ülkeleri ortalamaları ile karşılaştırılarak sunulmuştur. 2020 yılı verilerine göre, Türkiye’de MR cihazının bin kişiye düşen görüntüleme sayısı pandeminin etkisiyle biraz düşmüş olsa da halen OECD ülkeleri ortalamasının oldukça üzerindedir.

Grafik 32. Yıllar İtibarıyla MR Cihazının Bin Kişiye Düşen Görüntüleme Sayısı*

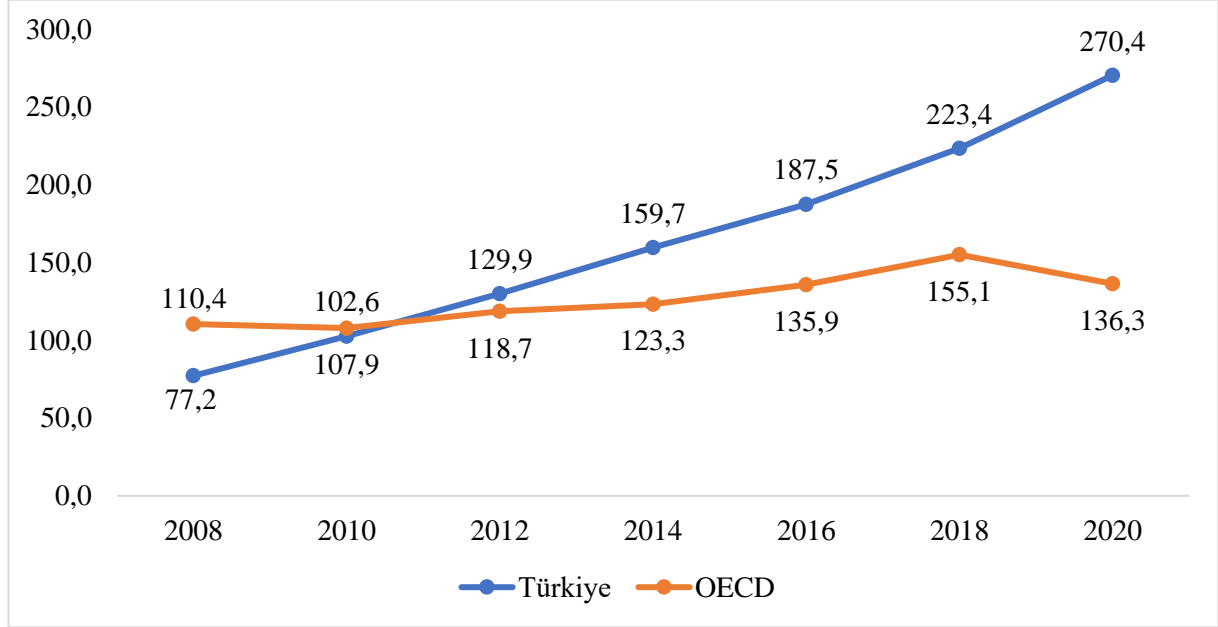


*Türkiye’de bin kişiye düşen MR görüntüleme sayısı, ilgili yıldaki görüntüleme sayılarının ülke nüfusuna oranlanması ile hesaplanmıştır.

Kaynak: SB, 2010, 2011, 2013, 2015, 2017, 2019, 2022a; OECD, 2022.

Türkiye’de BT cihazının bin kişiye düşen görüntüleme sayısı 2020 yılı itibarıyla 270,4 iken OECD ülkeleri ortalaması 136,3’dür.

Grafik 33. Yıllar İtibarıyla BT Cihazının Bin Kişiyeye Düşen Görüntüleme Sayısı*



*Türkiye’de bin kişiye düşen BT görüntüleme sayısı, ilgili yıldaki görüntüleme sayılarının ülke nüfusuna oranlanması ile hesaplanmıştır.

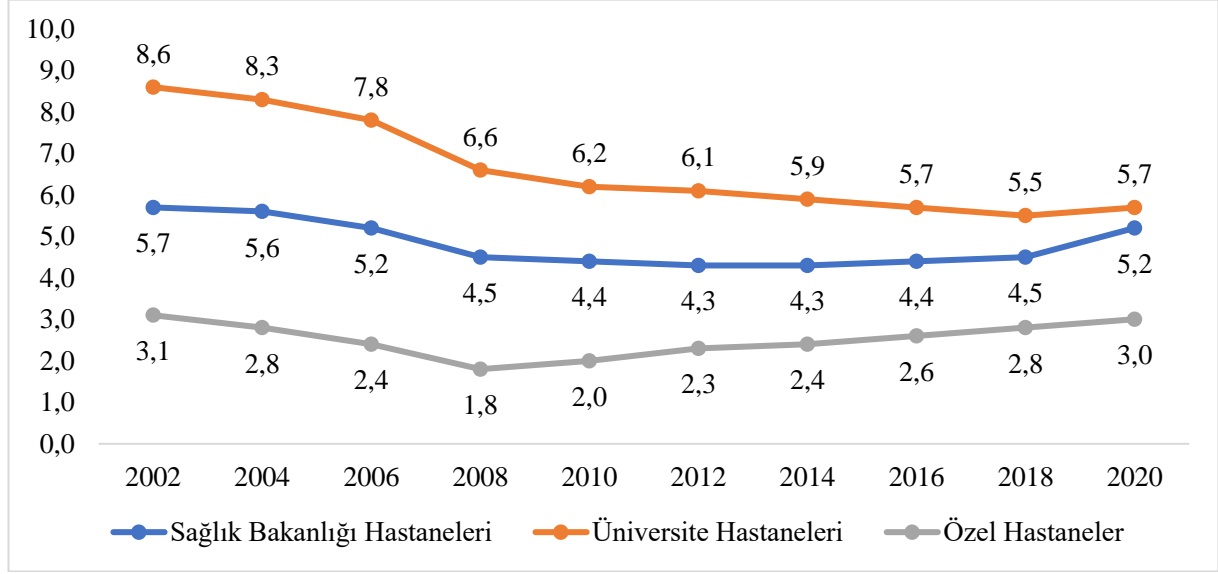
Kaynak: SB, 2010, 2011, 2013, 2015, 2017, 2019, 2022a; OECD, 2022.

2.2.6.2. Verimlilik Düzeyleri

Tedavi edici sağlık kuruluşlarının verimlilik düzeyleri değerlendirilirken kullanılabilir üç önemli gösterge ortalama yatış süresi, yatak doluluk oranı ve yatak devir aralığıdır. Ortalama yatış süresi, genel olarak bir hastanın hastanede ortalama kaç gün yattığını gösterir. Ortalama yatış süresinin 2016 yılı Türkiye değeri 4 gün iken 2020 yılında 4,5 güne çıkmıştır. OECD ülkeleri ortalaması ise 2020 yılında 8,5 gündür.

Grafik 34’de hastanelerin mülkiyetlerine göre ortalama yatış süreleri verilmiştir. Buna göre, ortalama yatış süresinin en uzun olduğu hastaneler 5,7 gün ile üniversite hastaneleridir. Üniversite hastanelerini 5,2 gün ile Sağlık Bakanlığı hastaneleri ve 3 gün ile özel hastaneler izlemektedir. 2016 yılı ile kıyaslandığında 2020 yılında Sağlık Bakanlığı hastaneleri ile özel hastanelerde ortalama yatış süresinin arttığı görülmektedir.

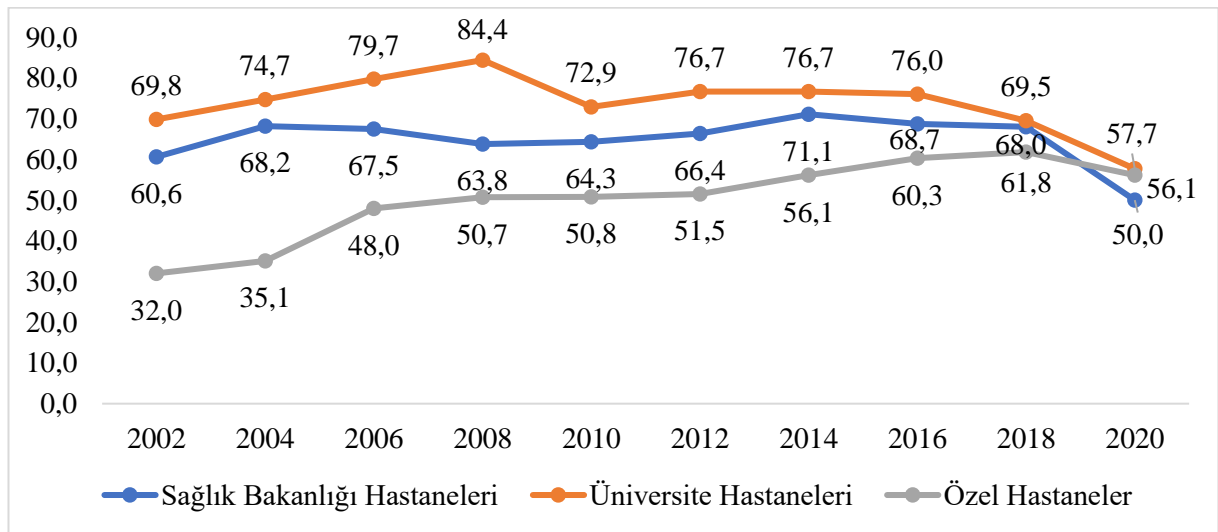
Grafik 34. Yıllara ve Mülkiyete Göre Ortalama Yatış Süresi (Gün)



Kaynak: SB, 2022a.

Grafik 35’de Türkiye’de hastanelerin mülkiyetlerine göre yatak doluluk oranları verilmiştir. Türkiye’de yatak doluluk oranı ortalamasının 2016 yılında %68,1’den 2020 yılında %52,5’e gerilediği görülmektedir. OECD ülkeleri ortalaması ise %75,7’dir. Türkiye’de hastanelerin mülkiyetlerine göre yatak doluluk oranları incelendiğinde ise, her üç mülkiyet türünde de 2016 yılına göre ciddi düşüşler yaşandığı ve üniversite hastanelerinde %57,7, Sağlık Bakanlığı hastanelerinde %50 ve özel hastanelerde %56,1 olarak hesaplandığı dikkat çekmektedir.

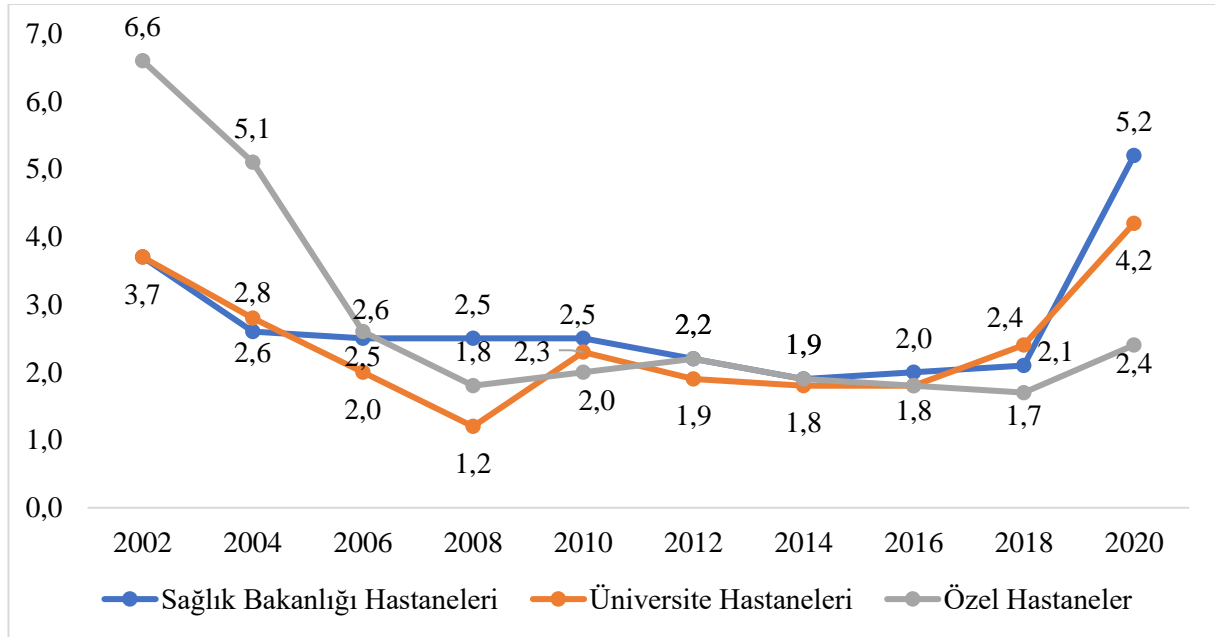
Grafik 35. Yıllara ve Mülkiyete Göre Yatak Doluluk Oranı



Kaynak: SB, 2022a.

Gün olarak yatak devir aralığı, bir hasta yatağının ortalama kaç gün boş kaldığını göstermekte ve bu aralığın mümkün olduğunca düşük olması istenmektedir. Türkiye’de yatak devir aralığı ortalaması 2016 yılında 1,9 günden 2020 yılında ciddi bir artışla 4,1 güne yükselmiştir. 2016 yılı ile kıyaslandığında 2020 yılında Sağlık Bakanlığı hastanelerinde yatak devir aralığının 2 günden 5,2 güne; üniversite hastanelerinde 1,8 günden 4,2 güne ve özel hastanelerde 1,8 günden 2,4 güne yükseldiği görülmektedir.

Grafik 36. Yıllara ve Mülkiyete Göre Yatak Devir Aralığı (Gün)

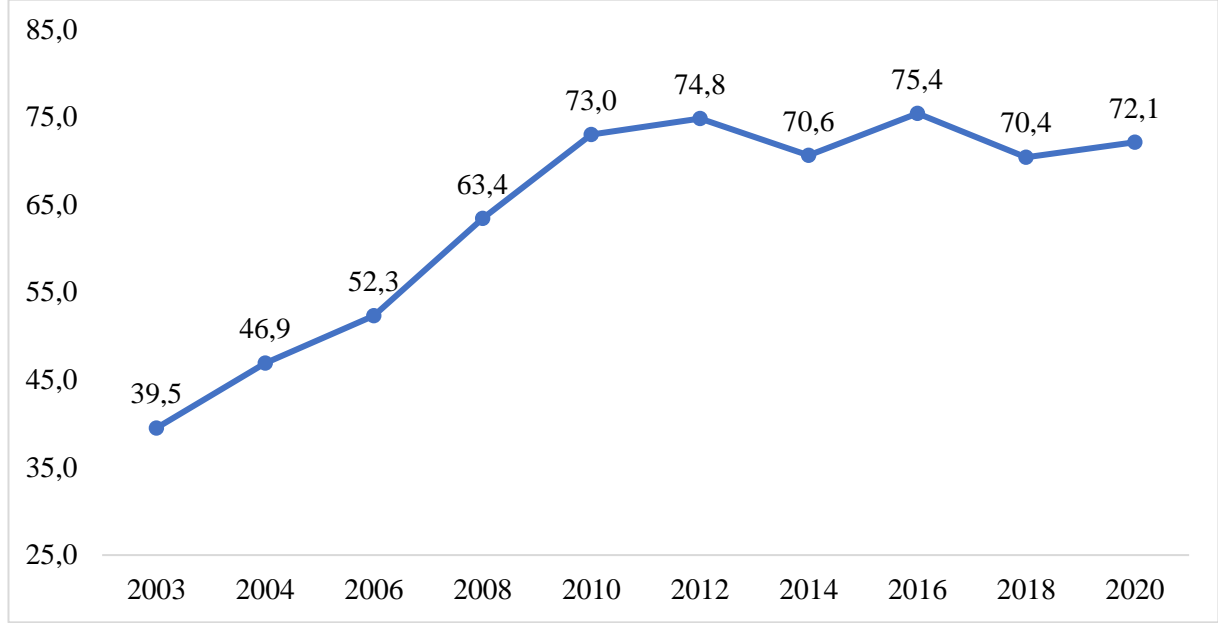


Kaynak: SB, 2022a.

2.2.7. Memnuniyet Düzeyleri

Türkiye İstatistik Kurumu “Yaşam Memnuniyeti Araştırması” sonuçlarına göre, vatandaşların sağlık hizmetlerinden memnuniyet düzeyinin yıllar itibarıyla durumu Grafik 37’de görülmektedir. Buna göre memnuniyet düzeyinin 2020 yılı için %72,1 olarak gerçekleşmiştir.

Grafik 37. Yıllar İtibarıyla Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet Düzeyi



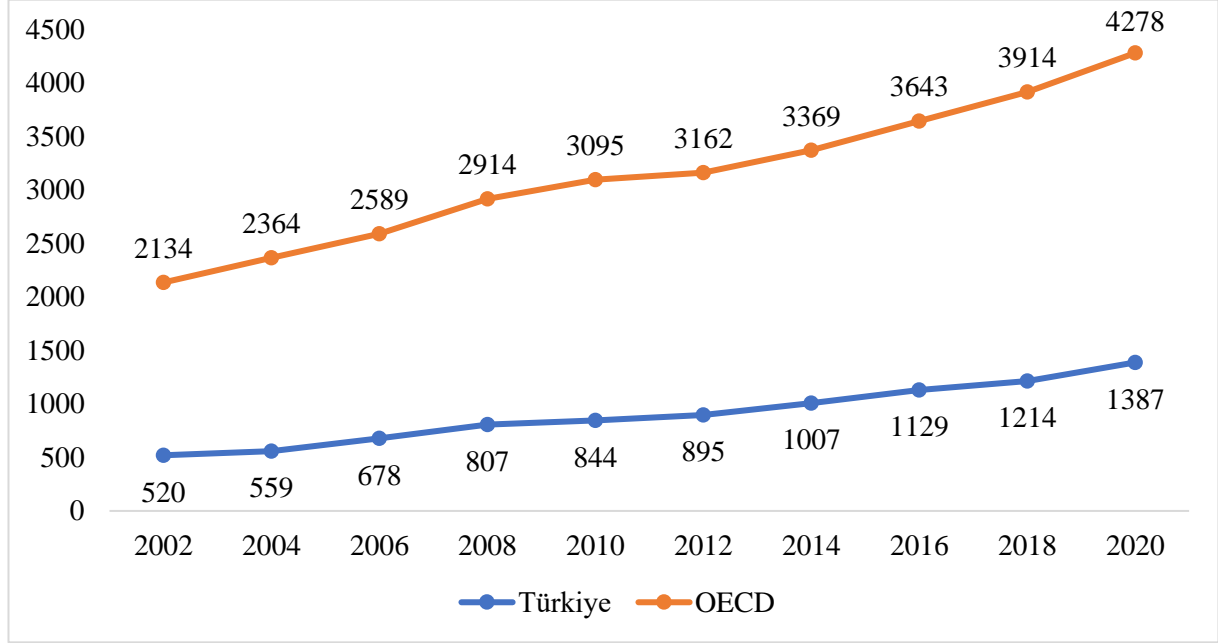
Kaynak: SB, 2022a; TÜİK, 2022.

2.2.8. Sağlık Harcamaları

Bu bölümde Türkiye’de kişi başına düşen toplam, kamu ve özel cari sağlık harcamaları ile cepten yapılan sağlık harcamaları; toplam harcamaların Gayri Safi Yurtiçi Hasıla (GSYH) içerisindeki payı ve kamu sağlık harcamaları ile cepten yapılan sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki payı OECD ülkeleri ortalamaları da göz önünde bulundurularak değerlendirilmektedir.

Grafik 38’de Türkiye’de ve OECD ülkelerinde yıllar itibarıyla satın alma gücü paritesi açısından kişi başına düşen cari sağlık harcamaları sunulmuştur. Türkiye’de 2016 yılında 1129\$ olan kişi başına düşen cari sağlık harcaması 2020 yılında 1.387\$’a yükselmiştir. OECD ülkeleri ortalaması ise 2020 yılı için 4.278\$’dır.

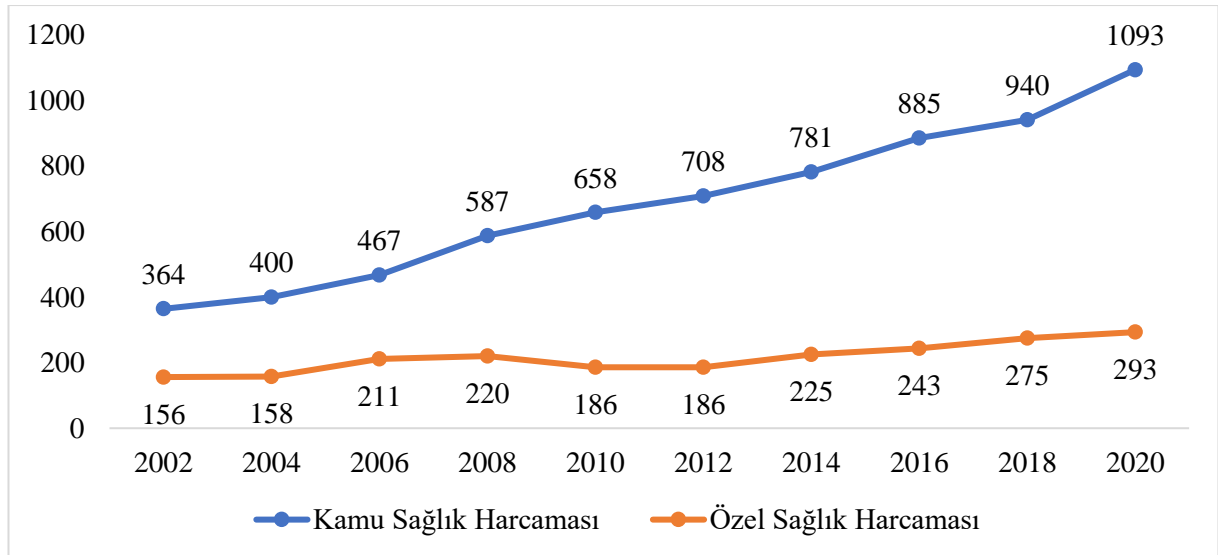
Grafik 38. Yıllar İtibarıyla Kişi Başına Düşen Cari Sağlık Harcaması (SGP, ABD \$)



Kaynak: SB, 2022a; OECD, 2022.

Grafik 39’da ise, Türkiye’de yıllara göre kişi başı kamu ve özel cari sağlık harcamaları gösterilmiştir. 2020 yılı itibarıyla kişi başı kamu sağlık harcamaları 1093\$ ve kişi başı özel sağlık harcaması ise 293\$ olarak gerçekleşmiştir.

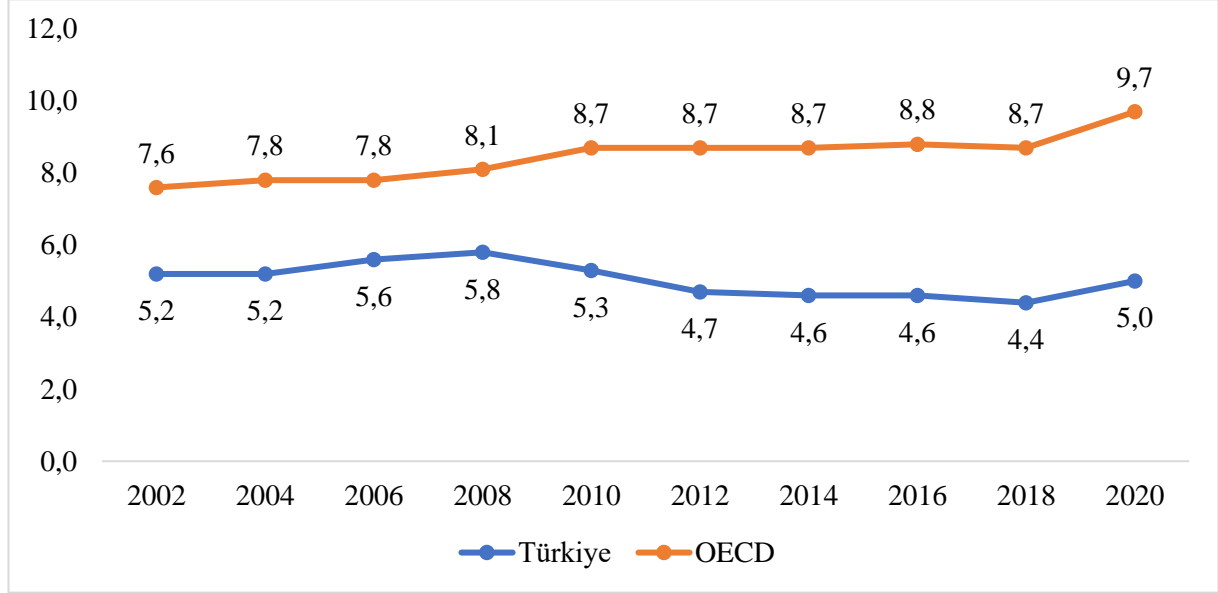
Grafik 39. Yıllar İtibarıyla Kişi Başına Düşen Kamu ve Özel Cari Sağlık Harcaması (SGP, ABD \$)



Kaynak: SB, 2022a.

Türkiye'nin toplam sağlık harcamalarının GSYH içindeki payı OECD ülkeleri ortalamaları ile karşılaştırılarak Grafik 40'da verilmiştir. Türkiye'de GSYH'nin %5'i sağlık harcamalarına ayrılırken OECD ülkelerinde bu oranın ortalaması %9,7 olarak hesaplanmıştır.

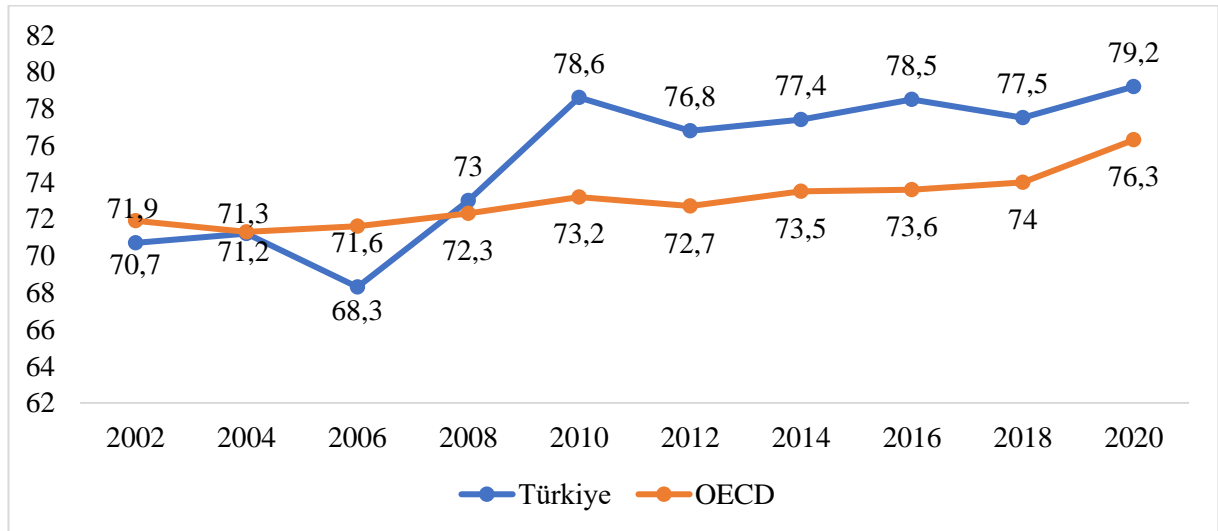
Grafik 40. Yıllar İtibarıyla Toplam Sağlık Harcamalarının GSYH İçindeki Payı (%)



Kaynak: TÜİK, 2022; OECD, 2022.

Türkiye'de 2020 yılı itibarıyla kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı %79,2'dir ve %76,3 olan OECD ülkeleri ortalamasından ve pek çok OECD ülkesinden yüksektir.

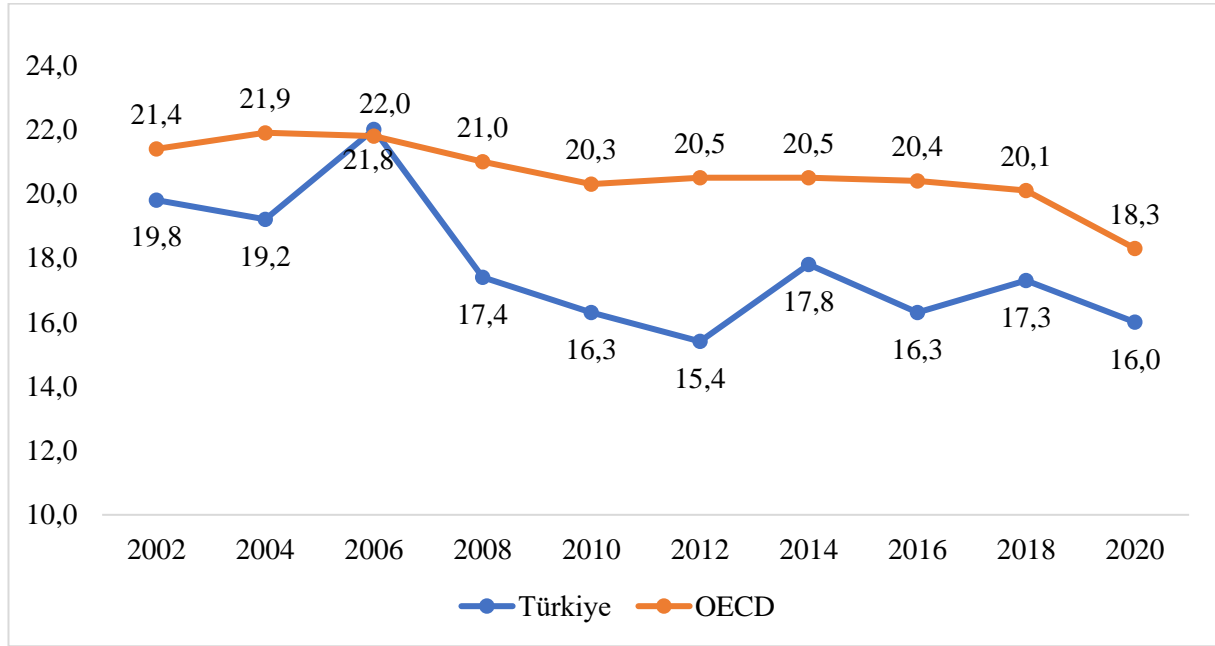
Grafik 41. Kamu Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcaması İçindeki Payı (%)



Kaynak: SB, 2011, 2013, 2015, 2017, 2022a; OECD, 2022.

Grafik 42’de Türkiye’de ve OECD ülkelerinde yıllara göre cepten yapılan sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki yüzdesi yer almaktadır. Türkiye’de bu oranın 2020 yılında %16 olarak gerçekleştiği ve son on yıl içerisinde %15 ile %17 arasında değerler aldığı görülmektedir. OECD ülkelerinde ise cepten yapılan sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki payı 2020 yılı için %18,3’dür.

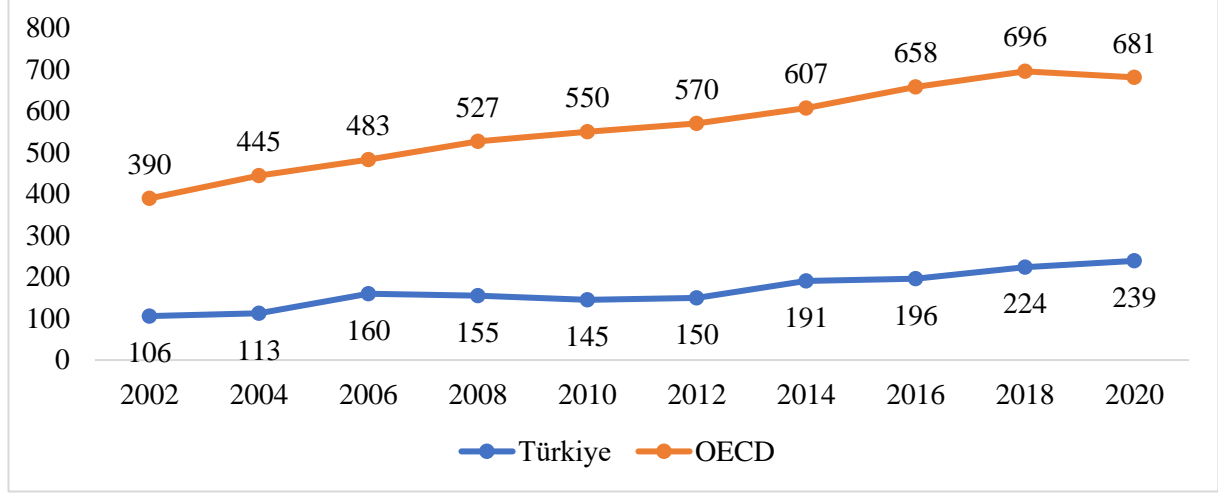
Grafik 42. Cepten Yapılan Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçindeki Payı (%)



Kaynak: SB, 2011, 2013, 2015, 2017, 2022a; OECD, 2022.

Türkiye’de yıllara göre cepten yapılan sağlık harcamalarının satın alama gücü paritesine göre ABD doları cinsinden miktarı, OECD ülkeleri ortalamaları ile karşılaştırılarak Grafik 43’te verilmiştir. Türkiye’de 2016 yılında 196\$ olan cepten yapılan sağlık harcaması 2020 yılında 239\$’a yükselmiştir. 2020 yılı OECD ülkeleri ortalaması ise 681\$ seviyesindedir.

Grafik 43. Yıllar İtibarıyla Kişi Başına Düşen Cepten Sağlık Harcaması Tutarı (SGP, ABD \$)

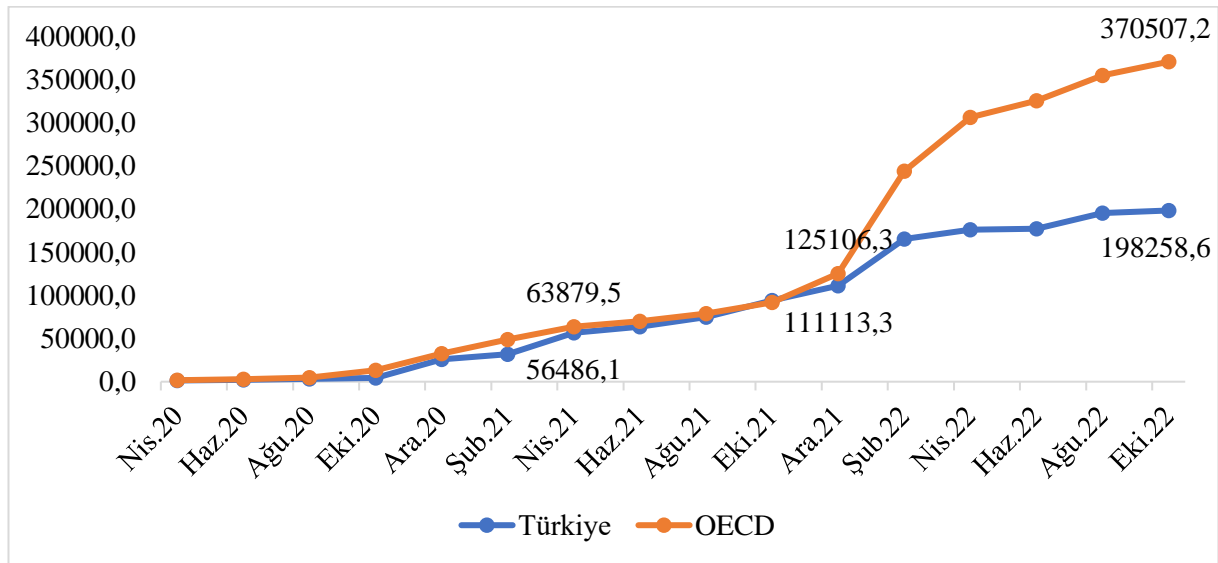


Kaynak: SB, 2022a; OECD, 2022.

2.2.9. Covid-19 ile İlgili Temel Göstergeler

Bu bölümde Türkiye'nin bir milyon kişi başına düşen toplam Covid-19 vaka sayısı ile Covid-19 kaynaklı ölüm sayısı ve en az iki doz aşı olmuş birey oranı OECD ülkeleri ortalamaları ile kıyaslanarak sunulmaktadır. Grafik 44'de yer alan toplam Covid-19 vaka sayıları incelendiğinde 30 Ekim 2022 tarihi itibarıyla Türkiye'nin bir milyonda 198.258 vaka sayısı ile bir milyonda 370.507 olan OECD ortalamasının oldukça altında bir vaka sayısına sahip olduğu görülmektedir.

Grafik 44. Toplam Covid-19 Vaka Sayısı (1 milyon kişi başına düşen)



Kaynak: OWID, 2022.

Grafik 45’de yer alan Covid-19 kaynaklı toplam ölüm sayıları değerlendirildiğinde ise, 30 Ekim 2022 tarihi itibarıyla Türkiye’nin bir milyonda 1 185 ölüm ile bir milyonda 2.198 ölüm ortalamasına sahip OECD ülkelerinden daha az bir ölüm oranına sahip olduğu görülmektedir.

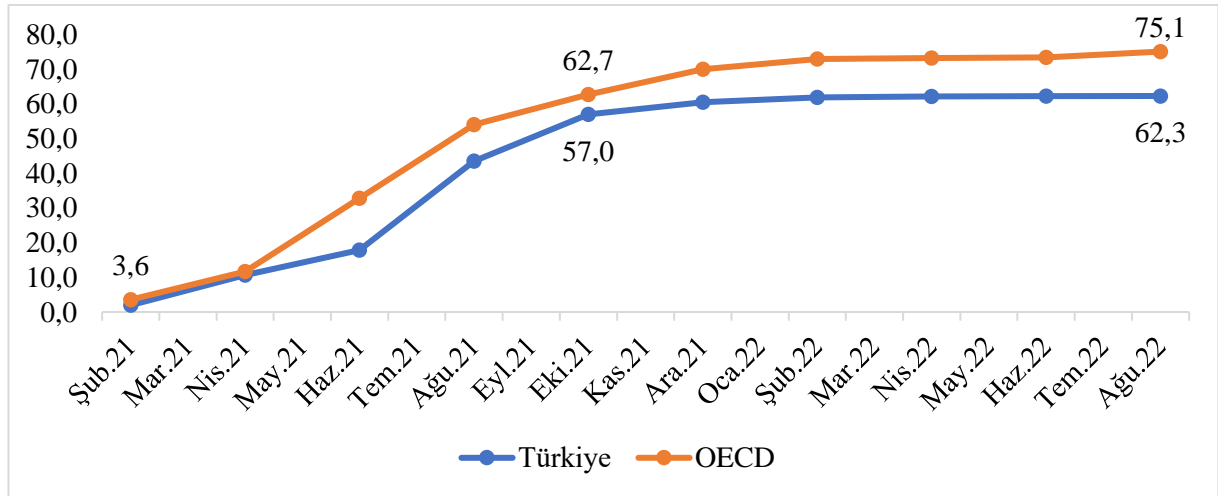
Grafik 45. Toplam Covid-19 Kaynaklı Ölüm Sayısı (1 milyon kişi başına düşen)



Kaynak: OWID, 2022.

Türkiye’de en az iki doz aşı olmuş birey yüzdesi OECD ülkeleri ortalamaları ile karşılaştırılarak Grafik 46’da verilmiştir. 31 Ağustos 2022 tarihi itibarıyla en az iki doz aşı olmuş birey oranı Türkiye’de %62,3 iken OECD ülkeleri ortalaması %75 seviyesindedir.

Grafik 46. En Az İki Doz Aşı Olmuş Birey Oranı (%)



Kaynak: OWID, 2022.

2.2.10. On Birinci Kalkınma Planı Döneminin Değerlendirilmesi

On Birinci Kalkınma Planında 2023 yılında ulaşılması planlanan bazı sağlık hedeflerinde 2021 yılı itibarıyla gelinen son durum görülmektedir. Buna göre, on bin kişiye düşen hasta yatağı sayısı 2018 yılında 28,3'ten 2021'de 30,1'e yükselmiş ve 2023 yılı için hedeflenen rakama ulaşılmıştır. Yüz bin kişiye düşen hekim ve hemşire sayıları ile aile hekimliği birimi başına düşen nüfusta 2021 yılı itibarıyla 2023 hedeflerinin gerisinde kalmıştır. Anne ölüm oranında 2023 yılı hedefi yakalanırken; bebek ölüm hızı ile nitelikli hasta yataklarının tüm hasta yataklarına oranında ise 2021 yılı itibarıyla 2023 yılı hedeflerine yaklaşıldığı görülmektedir.

Tablo 9. Sağlık Göstergeleri ve Hedefler

Göstergeler	2021	2023
On Bin Kişiye Düşen Hasta Yatağı Sayısı	30,1*	30
Yüz Bin Kişiye Düşen Hekim Sayısı	217	230
Yüz Bin Kişiye Düşen Hemşire Sayısı	268*	280
Aile Hekimliği Birimi Başına Düşen Nüfus	3.144 ⁺	2.700
Nitelikli Hasta Yatakların Tüm Hasta Yataklarına Oranı (Sağlık Bakanlığı) (%)	77,9	84
Bebek Ölüm Hızı (Bin Canlı Doğumda, Tüm Haftalar)	9,1	8,5
Anne Ölüm Oranı (Yüz Bin Canlı Doğumda)	13,1	13

Kaynak: SB 2022a, 2022b; Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı 2019.

* Türkiye'de on bin kişiye düşen hasta yatağı ve yüz bin kişiye düşen hemşire sayısı, ilgili yıldaki toplam yatak ve hemşire sayısının ülke nüfusuna oranlanması ile hesaplanmıştır.

⁺ Aile hekimliği birimi başına düşen nüfus verisi 2020 yılına aittir.

3. PLAN DÖNEMİ PERSPEKTİFİ

On İkinci Kalkınma Planı çalışmaları çerçevesinde oluşturulan Sağlıkın Korunması ve Geliştirilmesi Özel İhtisas Komisyonu, “sağlık sistemi hizmet sunum kalitesi ve etkinliğinin küresel gelişmeler doğrultusunda artırılması, çok sektörlü ve multidisipliner bakış açısıyla koruyucu sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve kanıta dayalı politikalarla mali sürdürülebilirliğin sağlanması” amacıyla 9-10 Ocak 2023 tarihleri arasında toplanmış ve Türkiye Cumhuriyeti Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı tarafından tayin edilen bir raportör tarafından Türk Sağlık Sistemi mevcut durumu hakkında hazırlanan rapor sunulmuş ve tartışmaya açılmıştır.

Toplantıda, önceden hazırlanan tartışma soruları çerçevesinde komisyon üyeleri tarafından mevcut sorunlar ve bu sorunlara yönelik çözüm önerileri tartışılmıştır. Komisyon üyeleri tarafından yürütülen tartışmalar, belirlenen ana başlıklar halinde raportör tarafından ara rapora dönüştürülmüştür. Ara rapor daha sonra katılımcılara e-posta ile gönderilmiş ve 31 Ocak 2023 tarihindeki “İkinci Aşama Özel İhtisas Komisyonu Toplantısında” tüm katılımcıların tartışmasına açılmıştır. Bu tartışmalar neticesinde ve e-posta ile gelen öneriler de dikkate alınarak ara rapora nihai hali verilmiştir. Plan Dönemi Perspektifi; “On İkinci Plan Hedefleri” ile “Uzun Vadeli Hedefler (2053 Vizyonu)” olmak üzere iki başlık altında ortaya koyulmuştur.

3.1. On İkinci Kalkınma Planı Hedefleri

On İkinci Kalkınma Planı hedefleri; tartışma soruları çerçevesinde oluşturulan (1) koruyucu ve geliştirici sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi, (2) bulaşıcı olmayan hastalıklarla mücadele, (3) Covid-19 pandemisi ve bulaşıcı hastalıklarla mücadele, (4) çocuk, kadın ve üreme sağlığı – anne ve bebek ölümleri, (5) nadir hastalıklar, (6) yataklı tesis planlaması, (7) sağlık insan gücünün nicelik ve nitelik olarak iyileştirilmesi ve bölgeler arası dengeli dağılımın gözetilmesi, (8) aktif yaşlanma ve yaşlı nüfusa yönelik sağlık hizmetleri, (9) göç sağlığı hizmetleri, (10) sağlıkta hizmet sunum kalitesinin artırılması, (11) veri ve kanıta dayalı politika oluşturma – veri üretimi, (12) sağlık hizmetlerinin ve hastanelerin dijitalleşmesi, (13) akılcı ilaç kullanımı, (14) yenilikçi ilaç ve tıbbi cihaz üretimi, (15) sağlık turizmi, (16) üniversite hastanelerinin sağlık sistemi içerisindeki rolü ve mali sorunları, (17) sağlık sisteminde mali sürdürülebilirliğin sağlanması ana başlıkları altında incelenmiş ve bu başlıklarla ilgili olarak komisyon üyelerinin belirlemiş olduğu sorun alanları ve bu sorun alanlarına ilişkin üretmiş oldukları çözüm önerileri aşağıda sunulmuştur.

3.1.1. Koruyucu ve Geliştirici Sağlık Hizmetlerinin Güçlendirilmesi

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesinde ilgili tüm tarafların özellikle sağlık çalışanlarının ve vatandaşların birinci basamağa olan ilgi ve sempatisinin artırılması büyük önem taşımaktadır. Aynı zamanda sağlık sisteminin merkezi konumunda yer alan birinci basamak sağlık hizmetlerinin Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK)'nun ve bütün karar alıcıların gündemi haline getirilmesinin de gerekli olduğu düşünülmektedir. Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında sağlık çalışanlarının birinci basamağa olan ilgisi artırılmış olmasına karşın, vatandaşın, SGK'nin ve karar alıcıların ilgisinin artırılmasında yetersiz kalınmıştır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin öneminin tüm karar alıcılara anlatılması ve SGK'nin ajandasına dâhil edilmesi gerekmektedir.

Sevk zincirinin uygulanması bu noktada oldukça önemlidir. Ancak mevcut şartlarda, müracaat ve aile hekimi sayıları göz önünde bulundurulduğunda, sevk zincirinin uygulanması oldukça zor görünmektedir. Sevk zinciri birinci basamağa ilgi duyan tüm aktörlerin hayata geçirmek istediği temel bir uygulamadır. Ancak dünyadaki uygulamalar da değerlendirildiğinde sevk zincirine yeni bir tanım getirmek ve farklı bir perspektiften bakmak gerekmektedir. Sevk zinciri kavramına sadece basamaklar arası ilişki açısından değil, basamaklar arası tamamlayıcılık ilişkisi açısından yaklaşmak önemlidir. Bu noktada özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinin vatandaşlara nasıl daha etkili bir şekilde kullanılabilirliği sorusu gündeme gelmektedir. Sevk zinciri uygulamasına hastaları yalnızca birinci basamaktan ikinci ve üçüncü basamağa göndermek şeklinde değil, ikinci ve üçüncü basamaktan birinci basamağa yönlendirmek şeklinde yaklaşılmasında da fayda görülmektedir. Ayrıca birinci basamakta çalışan aile hekimlerinin görevlerinin yeniden revize edilmesi de bu tamamlayıcılık ilişkisini kolaylaştıracağı ve bu noktada aile hekimlerinin becerilerinin güçlendirilmesinin sevk ihtiyacını da azaltacağı düşünülmektedir. Aile hekimliği sisteminin güçlendirilmesine ve hizmet basamakları arasındaki entegrasyonun sağlanmasına yönelik aşağıdaki önerilerin dikkate alınabileceği düşünülmektedir:

- Aile hekimi sayısının nicel olarak artırılması yanında niteliklerinin de iyileştirilmesi önem taşımaktadır. Aile hekimlerine yönelik hizmet içi eğitimlerin planlanması ve bu eğitimlerin dijital yöntemler kullanılarak verilmelidir.
- Aile hekimliği sisteminde bölgesel hiyerarşi önemli bir çözüm önerisi olarak görülmektedir. Konuya bölgesel hiyerarşik konsültasyon zincirleri sağlayacak şekilde

yaklaşılmasında ve konsültasyon zinciri gibi bir sistemin aile hekimliği sistemine dahil edilmesinde fayda görülmektedir.

- İkinci ve üçüncü basamağa sevk edilen hastaların tetkik ve tedavi sonuçları dijital bir sistemle aile hekimine bildirilmeli, sevk eden aile hekiminin aldığı geri bildirim ile hizmet basamakları arasındaki entegrasyon sağlanmaya çalışılmalıdır.
- Diyabet ve hipertansiyon gibi kronik hastalıkların takibi tedavi edici sağlık kuruluşları üzerinde önemli bir yük oluşturmaktadır. Bu hastalıklara sahip bireyler tedavi edici sağlık kuruluşlarına gelmeden evlerinde tele-tıp ve mobil uygulamalar kullanılarak takip edilmesi önerilmektedir. Birinci basamakta kronik hastalıkların daha iyi yönetilebileceği dikkate alındığında bu hastaların takibinde aile hekimliği sistemi çeşitli eğitim programları ve dijital yöntemler kullanılarak desteklenmelidir.
- Aile hekimlerinin bazı ilaçları reçetelemesi konusundaki sınırlamalar tekrar gözden geçirilmelidir.
- Kadın doğum ve pediatri gibi uzmanlık alanlarındaki hekimler, diş hekimleri, eczacılar ve diyetisyenler ile güçlendirilmiş aile sağlığı merkezleri, hizmet basamakları arasındaki entegrasyonun geliştirilmesine katkı sağlayabileceği değerlendirilmelidir.
- Aile hekimliği sistemi ve tedavi edici sağlık kuruluşları arasındaki randevu sisteminin düzenlenmesi ile aile hekimliği sistemi imkân ve teçhizatlarının güçlendirilmesi gerekmektedir.
- Sağlıklı hayat merkezlerinin kuruluş felsefesinin aile hekimliğinin güçlendirilmesi esasına dayandığı unutulmamalı ve sağlıklı hayat merkezleri aile hekimliğinin bir parçası olarak ele alınmalı konuya mülkiyet temelli bakmaktan uzaklaşarak özel sektör de teşvik edilmelidir.
- Mevcut aile hekimlerinin uzman olmasının önünü açacak Tıpta Uzmanlık Sınavı (TUS) puanında değişikliğe gidilmesi gibi düzenlemelere gidilmelidir.
- Aile hekimlerinin, yapay zekâ ya da karar destek sistemleri yaklaşımlarıyla bireylerin e-nabız verilerinin analizi yoluyla risk haritalaması da dikkate alınarak desteklenmesi ve güçlendirilmesi önerilmektedir.

Sevk zinciri uygulamasının kırılma noktalarından birisi vatandaşların “sağlık hizmetini daha iyi bir sağlık kuruluşunda alacağı” yönündeki düşüncesidir. Bu noktada özellikle “sağlık hizmetini hastaneye eş tutan” anlayışı değiştirmek gerekmektedir. Dolayısıyla bireylerin sorumlulukları iyi kurgulanmalı, teşvik edilmeli ve sağlık bilincinin artırılması konusunda

önlemler alınmalıdır. Bireylerin aile hekimlerinden hizmet almasını sağlayacak teşviklerin uygulanması düşünülmelidir. Özellikle değer temelli bir bakış açısının bu sisteme entegrasyonu değerlendirilmelidir. Birinci basamakta sağlık hizmeti alan ve sağlık hizmeti sunanlar arasında her iki tarafın da memnuniyetini sağlamaya yönelik bir kültür oluşturmadan sevk zinciri gibi bir uygulamanın hayata geçirilmesinin güç olduğu düşünülmektedir. Birinci basamakta cazibeyi artıracak önlemlerin hayata geçirilmesi ve hizmet alma ile hizmet sunma arasında doğru bir kültürün ve güvenin oluşumu önem taşımaktadır. Aile hekiminin bağlı nüfusunu daha iyi tanınması ve bağlı nüfusun da aile hekimini daha iyi tanınması böyle bir kültürün oluşumunu kolaylaştıracağı düşünülmektedir.

3.1.2. Bulaşıcı Olmayan Hastalıklarla Mücadele

Türkiye’de yaşlanmayla beraber bulaşıcı olmayan hastalıklar ülke gündemine daha fazla girmektedir. Gelecekte bulaşıcı olmayan hastalıkların toplam hastalıklar içerisindeki yükünün tespiti büyük önem taşımaktadır. Bulaşıcı olmayan hastalıkların finansal yükünün de fazla olduğu bilinmektedir. Burada önemli olan bir nokta, sadece hastalık ya da sadece yaşlılık ile mücadele gibi bir durumun söz konusu olmayıp her ikisinin iç içe geçmiş olduğunun farkında olabilmektir. Dolayısıyla sağlık ve sosyal hizmetlerin nasıl entegre edilebileceğinin belirlenmesi gerekmektedir. Sosyal güvenlik mevzuatımızda bu konu net değildir. Yaşlılığın beraberinde getirdiği her türlü sağlık hizmeti ile beslenme, ilaç, tedaviye yardımcı araçlar gibi çeşitli masrafların SGK’nin geri ödeme kapsamına dâhil olması düşünülmelidir. Bu alanda, tıpkı engelli bakımında olduğu gibi, devletin doğrudan üstleneceği çözümler ya da aile sigortası, yaşlılık sigortası veya bakım sigortası gibi yeni bir sosyal güvenlik alanının tanımlanmasına ihtiyaç vardır. Dolayısıyla özellikle bu tür bir bakımı aile içinde sağlayacak ama ailenin de destekleneceği bir yapının oluşturulması gerekmektedir.

Bulaşıcı olmayan hastalıklarla mücadelede çok paydaşlı çalışmaların önemi bilinmektedir. Sağlıkta Dönüşüm Programının ilk fazında vatandaşların sağlık hizmetlerine erişimini ve sağlık hizmetlerinden memnuniyetlerini artırmaya yönelik çalışmalar yürütülmüştür. Sağlıkta Dönüşüm Programının ikinci fazı ile ilgili sürecin hızlandırılması ve geçişle ilgili güçlü adımlar atılarak çok sektörlü sağlık sorumluluğuna yönelik faaliyetlere ağırlık verilmesi oldukça önemlidir. Çok sektörlü sağlık uygulamaları Sağlık Bakanlığı tarafından uygulanmak istenmiş ancak pandemi sürecinde bu çalışmalar sekteye uğramıştır. Sağlık kavramına multidisipliner bir bakış açısı ile yaklaşılmalı ve bulaşıcı olmayan

hastalıklarla mücadelede ilgili tüm paydaşların, özellikle Millî Eğitim Bakanlığı, Tarım ve Orman Bakanlığı, Çevre, Şehircilik ve İklim Değişikliği Bakanlığı ve yerel yönetimlerin rolleri net bir biçimde tanımlanmalıdır. Bu noktada özellikle şehirlerin sağlık profillerinin dikkate alınarak farklı bölgelerde farklı uygulamalara da gidilmesi değerlendirilmelidir.

Bulaşıcı olmayan hastalıklarla mücadelede önlenabilir risk faktörlerinin tek tek ele alınması büyük önem taşımaktadır. Bulaşıcı olmayan hastalıklar ile mücadele yaşam boyu yapılmalıdır ve bir hayat felsefesi olarak çocuklara öğretilmelidir. Çocuklar doğduğu andan itibaren bulaşıcı olmayan hastalıklarla mücadele edebilecek önlemler alınmalı, sağlıklı bir hayata adım atmaları konusunda çocuklar eğitilmeli, kiloları ve beslenmeleri takip edilmeli ve tüm bu takip yaşam boyu sürmelidir. Primordial (temel) korunmanın bulaşıcı olmayan hastalıklar ile mücadeledeki öneminin farkına varılarak temel eğitim programları içerisine bu korunma yöntemlerine yer verilmesi gerekmektedir. Özellikle beslenmenin kritik bir önemde olduğu unutulmamalıdır. Çocukların sağlıklı beslenme alışkanlıkları edinebilmeleri için, eğitim müfredatlarında bazı değişiklikler yapmaktan, doğru beslenme unsurlarını içerecek şekilde nasıl yemek yapılabileceğinin öğretilmesine kadar gerekli düzenlemelerin yapılması önem taşımaktadır. Konuya yaşlı bireyler açısından yaklaşıldığında ise, yaşlı bir insanın egzersiz yapabileceği bir çevrenin tasarlanması ve yaşlı dostu çevresel düzenlemeler oldukça önemlidir. Bu bağlamda sağlıklı kentler kavramının yaygınlaştırılması düşünülmelidir. Bunun yanında kişilere psikolojik olarak destek sağlayacak doğru aktiviteler, tütün ve alkol kullanımı gibi risk faktörlerinin tehdidini de azaltacağı düşünülmektedir. Ruh sağlığı ile ilgili zihin egzersizleri de atlanmamalıdır. Sadece yürüme ile egzersizler konusunda bir sosyal pazarlama yürütülse de, özellikle yaşlı bireylere yönelik koordinasyon ve esneklikle ilgili egzersizlere de kamu spotlarında yer verilerek sağlıklı yaşlanmaya katkıda bulunacağı düşünülmektedir. Sağlıklı egzersizler yapılabilecek dijital sistemlerin kullanılması da değerlendirilmelidir.

Geliştirilmiş tarama programları da bulaşıcı olmayan hastalıklarla mücadelede oldukça önemlidir. Ancak özellikle kompleks hastalıklarla ilgili tarama programlarında bir sınıflamaya ihtiyaç vardır. Aile öyküsüne dayalı bir tarama programı geliştirilmesi ve aile öyküsüne bağlı taramaların yapılmasının daha pratik ve ekonomik sonuçlar oluşturacağı öngörülmektedir. Ayrıca seçilen hastalıklar için belirlenecek tarama programlarında hangi yaşta, hangi parametrelere göre tarama yapılacağı da belirlenmelidir. Onkolojik taramalarda KETEM'ler oldukça önemli bir rol oynamaktadır, dolayısıyla sayıları artırılmalı ve geliştirilmelidir. Ancak Türkiye'de ulusal tarama programlarına katılım oranlarının düşük olduğu dikkate alındığında

tarama programlarının toplum geneline duyurulmasına yönelik sistemler kurgulanmalıdır. Bunun yanında, Avrupa Birliği kanser taramalarında servikal ile meme kanserlerinin yanı sıra akciğer, mide ve prostat kanserlerine doğru kapsamı genişletmiş, aynı zamanda yeni kriterler belirleyerek tarama yöntemlerini değiştirmiştir. Türkiye'nin Avrupa Birliği rehber ilkelerini uyguladığı dikkate alındığında bu gelişmelerin takip edilmesinin önemli olduğu düşünölmektedir. Ancak unutulmaması gereken önemli bir nokta çok fazla taramanın insan sağlığı üzerinde olumsuz etkilere de sahip olabileceğidir.

Bulaşıcı olmayan hastalıklarla mücadele ve koruyucu sağlık hizmetlerine ilişkin aşığıdaki diğer çözümlerinin de dikkate alınması gerektiği düşünölmektedir:

- Koruyucu sağlık birinci basamaktan ziyade kişinin kendi sağlığını koruması ile başlar. Dolayısıyla kişinin bilinç düzeyi oldukça önemlidir. Bu noktada sağlık okuryazarlığı önemli bir kavram olarak ortaya çıkmaktadır. Sağlık okuryazarlığının yeterli olmaması hem daha sağlıksız bir topluma hem de sağlık harcamalarının artmasına yol açmaktadır. Türkiye'de sağlık okuryazarlık seviyesinin yetersiz olduğu da dikkate alındığında sağlık okuryazarlığının teşvik edilmesi ve birey sorumluluğunun geliştirilmesine yönelik faaliyetlerin planlanması önerilmektedir.
- Sağlık okuryazarlığı yanında dijital okuryazarlık konusunda da adımlar atılması gerekmektedir. Özellikle bilinçli bireyler yetiştirmeye ağırlık verilmesi, işin içerisine üniversiteler ve yerel yönetimlerin de dâhil edilmesi ve eğitim müfredatlarının da tekrar gözden geçirilmesi gerekmektedir.
- Sağlık bilincinin düşünsel değil eyleme dönük hale getirilmesi için kültür kodlarına işlenmesi en kritik konudur. Toplumun sosyal baskısı, öykünme, her yaşıta akran öğrenmesi, toplum rol modellerinin örnek davranışları ve trend oluşturacak kamu farkındalık çalışmalarına öncelik verilmelidir.
- Halkın eğitimi konusunda sivil toplum kuruluşları ile işbirliğine ihtiyaç bulunmaktadır. Tütün ve alkolle mücadele ya da fiziksel aktiviteler gibi konularda sivil toplum kuruluşları ile yapılacak iş birlikleri oldukça önemlidir. Sağlık Bakanlığı yanında uzmanlık dernekleri ve meslek örgütleri de bu konularda halkı bilinçlendirecek açıklamalar yapmalıdır.
- Korunmanın bir sağlık hizmeti gibi geri ödeme sistemine dâhil edilmesi gerekmektedir. 5510 sayılı Kanunun 63'üncü maddesinin birinci fıkrasının (a) bendi hükümleri

kapsamında SGK'nin sağlıklı yaşamın finansmanına yönelik görevleri dikkate alınarak geri ödeme politikaları sağlıklı yaşamı finanse edecek şekilde düzenlenmelidir.

- Nadir hastalıkların erken teşhisine yönelik bazı yenidoğan taramalarının geri ödeme kapsamına alınması değerlendirilmelidir.
- Genetik veri ve genomik tıbbın da planlanarak koruyucu sağlık hizmetlerinde bu kavramların da yer alması ve kullanılması gerekmektedir. Bu alandaki uzmanlaşma etkin şekilde planlanmalıdır.
- Modern tıbbın akut hastalıklarda yeterli ama kronik hastalıklarda yetersiz olduğu yönünde yanlış bir algı oluşturulmaya çalışılmaktadır. Bu yanlış algının düzeltilmesinde kamu spotları yeterli değildir ve bu konuda özellikle gençlere hitap edecek yeni bir algı yönetimi programına ihtiyaç bulunmaktadır.
- Beslenme kavramından özellikle doğru ve tıbbi beslenmeyi anlamak gerekmektedir. Hekimlerin birinci basamakta tıbbi beslenmeyi halka anlatması gerekmektedir.
- Sağlığın korunması için kronik hastalık kimliğinin nasıl değiştiğinin incelenmesi gerekmektedir. Sağlığı etkileyen faktörler içerisinde göz ardı edilen ve ilaç endüstrisi tarafından oluşturulan bilginin tüm hastalıkların kronikleştirilmesi yönünde olduğuna dikkat edilmesi oldukça önemlidir.
- Akran öğrenmesi, grup etkileşimi ve viral iletişim metotları ile vatandaşların semptom öncesi sağlık risklerine yönelik farkındalık programlarına öncelik verilmelidir.
- Risk faktörlerinin azaltılmasında yol kat eden ve sağlıklı yaşama davranışları kazanan bireylerin, sağlık hizmeti katkı paylarının azaltılması ya da primlerde bir iyileştirmeye gidilmesi gibi teşvik edici ödüllendirme sisteminin getirilmesi düşünülmelidir.
- Türkiye Halk Sağlığı Kurumu bünyesinde yer alan Ulusal Zehir Danışma Merkezi tarafından yürütülen işlerin; koruyucu sağlık hizmetleri, acil sağlık hizmetleri ve kamu hastanelerini kapsadığı dikkate alındığında merkezin görevlerinin sağlık reformlarındaki gelişmelere bağlı olarak yeniden revize edilmesi önem taşımaktadır. Bu bağlamda; Merkezin bir birim olmaktan ziyade üst çatı olarak politika üreten, farklı çağrı merkezi lokasyonlarının çalışmalarını koordine eden, eğitim faaliyetlerinin odak noktası ve sertifikasyon sağlayan bir yapı olması önem arz etmektedir.

3.1.3. Covid-19 Pandemisi ve Bulaşıcı Hastalıklarla Mücadele

İnsan çevresi ile bir bütündür ve bu nedenle biyolojik, fiziksel ve sosyal çevresinde meydana gelen değişiklikler salgın şeklinde seyreden hastalıklara yol açabilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü tarafından vurgulanan “tek sağlık” kavramı çerçevesinde tüm canlıların sağlığının dikkatle takip edilmesinin esas olduğu düşünülmektedir.

Covid-19 pandemisi, sağlığın sadece sağlıkla ilgili kurumlarla ilişkili olmadığını ve çok paydaşlı bir sağlık sorumluluğunun önemini ortaya koymuştur. Bu bilincin bir ders olarak alınıp kullanılması gerekir. Küreselleşen dünyada insanlar birbirine muhtaç hale gelirken pandemi döneminde bütün iş birlikleri ve ortaklıklar yıkılmıştır. Bu noktada asgari konularda ülkelerin kendine yeter olmasının önemi ortaya çıkmıştır. Bunun yanında neoliberal anlayış her geçen gün dünyadaki etkinliğini artırmaktadır ve bu anlayış piyasanın her şeyi düzenlediği bir sistemi öngörmektedir. Ancak pandemide bazı hayati konularda piyasaya müdahale edilmesi gerekliliği ortaya çıkmıştır. Pandemi ile mücadelede siyasi ve sağlık otoritesinin güçlü ve yaptırım gücüne sahip olmasının gerekliliği de anlaşılmıştır. Bu da pandemi sürecinde alınması gereken bir diğer önemli derstir.

Türkiye'nin pandemi sürecinde kapasite kullanımı ve fiziki altyapı konusunda başarılı olduğu görülmektedir. Bilim Kurulu çok hızlı bir şekilde oluşturulmuş ve kurul da çok hızlı bir karar algoritması ortaya koymuştur. E-nabız sistemi, temaslı takibi ve aşı takibi için iyi bir altyapı oluşturmuş ve bu temelde Hayat Eve Sığar (HES) uygulaması geliştirilmiştir. Sağlık Bakanlığı tarafından sistemin organizasyonu iyi bir şekilde yönetilmiştir ancak iletişim konusunda bazı sorunlar yaşanmıştır. Kararlar her ne kadar paydaşların katılımı ile alınsa da alınan kararların paylaşılması ve sahiplenilmesinde bazı aksaklıklar ön plana çıkmıştır. Bu süreçte işin zor kısmı tıbbi yönetim değil, toplumla iletişimidir. Pandeminin herkesin birlikte savaacağı bir mesele olduğunun topluma aktarılması oldukça önemlidir. Şeffaflık ile kararların alınması ve iletişim kanallarının doğru kullanılması gerekmektedir. Pandemi sürecinde ayrıca sağlıklı veriler toplanamamış ve bilimsel gücü zayıf verilere dayalı olarak tedavi kararları verilmiştir. Bir sonraki pandemide tedavinin etkililiğinin sorgulanabileceği sistemlere ve özellikle kayıt sistemlerini iyileştirmeye ihtiyaç duyulmaktadır.

Covid-19 pandemisi örneğinde olduğu gibi, küreselleşen dünya, ormanların yok olması ve doğal afetler gibi pek çok nedenle her dört beş yılda bir karşımıza bir pandemi olgusunun geleceği düşünülmektedir. Bu duruma hazırlıklı olmak için pandemi daha ortaya çıkmadan

önce onu tespit ve takip edecek sistemlerinin kurulması gerekmektedir. Takip sistemleri kurup pandemiyi ilk vakalarda tespit etmek önemlidir. İlk vakalar ortaya çıkar çıkmaz hızlı tanı sistemlerinin de kurulması gerekmektedir. Tanı konulduktan sonra ise tedavi konusunda sağlık sistemlerinin güçlendirilmesi önem taşımaktadır. Her bir aşama ile ilgili atılacak önemli adımlar vardır. Ancak erken uyarı sistemlerine yönelik önlemlerin alınması elzemdir. Pandemilerde temel nokta fark edebilmektir. Sağlık Bakanlığı'nın erken uyarı sistemi bulunmaktadır ancak bu sistemin daha da geliştirilmesi gerekmektedir. Farklı türde pandemiler söz konusu olabilir ve bu noktada jenerik uygulamalara ve jenerik pandemi ile mücadele planlarına ihtiyaç duyulmaktadır.

Covid-19 başta olmak üzere bulaşıcı hastalıklar ile mücadele ve acil durum ile afetlerde sağlık hizmeti sunumu konusunda aşağıdaki önerilerin dikkate alınabileceği düşünülmektedir:

- Hekim, hemşire ve tüm sağlık çalışanlarına epidemiyoloji konusunda eğitimler verilmesi gerekmektedir. Üniversiteler bünyesindeki lisansüstü epidemiyoloji programlarının ve Sağlık Bakanlığı bünyesindeki saha epidemiyolojisi programının kullanılması değerlendirilmelidir.
- Alınan önlemler konusunda kamuoyunun ikna edilmesinin önemi bilinmektedir. Bu konuda içinde sivil toplum kuruluşları temsilcilerinin de yer aldığı bağımsız kalıcı bir pandemi kurulu oluşturulmasında fayda görülmektedir.
- Pandemi sürecinin önemli etki alanlarından birisi de ruh sağlığı konusunda olmuş ve pandemi önemli ruhsal sorunlara neden olmuştur. Bireysel ve toplumsal ruh sağlığı konusunda önlemler alınması gerekmektedir. Covid-19 sonrası tanı almış ve tedavi edilmiş bireylerin izlenmesi için kurulmuş olan Covid-19 Takip Merkezleri özellikle pandemi sonrası ihtiyaç duyulan ruh sağlığı hizmetlerinin neler olduğunun tespit edilmesi amacıyla etkin şekilde kullanılması düşünülmelidir.
- Pandemi sürecinde özellikle internet ve sosyal medyada dezenformasyon hızla yayılmış bu durum sonucunda ise doğru bilgilendirme platformlarına olan ihtiyaç ortaya çıkmıştır. Merkezi yönetim ve medya arasında iyi bir iletişimin kurulamamış olması iyi bir iletişim sistemine ve medya üzerinden psikososyal desteğin sağlanacağı bir yapıya gereksinimi ortaya koymaktadır.
- Pandemi sürecinde hastaneler için malzeme tedarik zincirinin çok iyi planlanması ve bu konuda ulusal bir politika oluşturulması önerilmektedir.

- Özel sektör pandemi sürecine hızla adapte olarak sahip olduğu altyapı ile ciddi hizmetler sunmuştur. Bu süreçte özel sektörün neler yapması gerektiğinin belirlenmesi gereklidir.
- Elde edilen Covid-19 tecrübesini gelecekte ülke kaynaklarının nasıl tahsis edileceği yönünde kullanmak önemlidir. Tanı kapasitesinin güçlendirilmesi, bölgesel düzeyde laboratuvar ihtiyacı, biyolojik ürünlerin üretilmesi ve aşı üretimine destek gibi alanlara kaynak aktarımının gelecek bütçelerde dikkate alınması önerilmektedir.
- Epidemilerin birbirini sindemik olarak tetiklemesinin söz konusu olduğu anlaşılmıştır. Sağlık geliştirilmesinde ve sağlık sorunlarının çözümünde sadece sebepleri araştırmanın yeterli olmayacağı ve “sebeplerin sebeplerine” yönelmenin ve sebepler ağının ele alınmasının gerekli olduğu düşünülmektedir. Bir sağlık riskini yönetirken diğer sağlık risklerini de dikkate almak gerekmektedir.
- Eczaneler pandemi sürecinde önemli bir rol oynamışlardır ve bu süreçte pandemi eczacılığı kavramı ortaya çıkmıştır. Dünyada afet eczacılığı kavramının varlığı bilinmektedir ve AFAD ile UMKE'nin kadrolarında eczacı istihdam etmesi önerilmektedir.
- Ülkemiz için risk olarak belirlenmiş olan deprem konusunda gerekli hazırlıkların başlatılması ve İstanbul coğrafyasına yakın (Karadeniz ve Çanakkale gibi) iki deniz hastanesinin hazır bulundurulması gündeme alınmalıdır.
- Aile sağlığı merkezlerinin coğrafi yaygınlığı dikkate alınarak bu merkezlerde sağlık ilk ve acil yardım kapasiteleri oluşturulması düşünülmelidir.

Covid-19 pandemisinin önemli kazanımlarından birisi Türkiye'nin tekrar aşı üretebilir bir ülke olmasıdır. Endüstrinin bu anlamda ciddi bir açığa sahip olduğu fark edilmiştir. Beşeri aşılarda üretebilecek bir altyapıya ihtiyacımız olduğu görülmektedir. Bu noktada aşı geliştirilmesi ve üretimi alanlarına yatırım yapılmalıdır. Pandemi sürecinde aşığı üretmek yanında aşığı uygulamanın da önemi ortaya çıkmıştır. Özellikle bu noktada toplumda bir bilinç oluşturulması, aşı tereddüdü ve aşı kararsızlığı gibi konuları ele alarak toplumsal tereddüt sorunlarına yanıt verecek tedbirler alınması gerekmektedir. Hastalığı diğerlerine bulaştırmama bilincinin kazandırılması büyük önem taşımaktadır.

Bulaşıcı hastalıkların önlenmesi ve kontrol edilmesinde hayati rolü olan aşılarda, halk sağlığının korunmasında kritik bir öneme sahiptir. Aşılarda, Dünya Sağlık Örgütü tarafından

temel bir insan hakkı olarak görülmekte ve bulaşıcı hastalıklardan korunmada en maliyet etkin yöntem olarak gösterilmektedir. Covid-19 pandemisi, bulaşıcı hastalıkların ülkelerin sağlık sistemleri, bireylerin refahı ve ekonomik durumları üzerindeki yıkıcı etkilerini açık bir şekilde göstermiş ve aşılamaya sonuca elde edilen bağışıklamanın yaşamsal önemini ortaya koymuştur. Aşı ile önlenbilir bulaşıcı hastalıkların epidemiyolojisi son birkaç on yılda önemli ölçüde değişmiş ve çocukluk çağı bulaşıcı hastalıkları olarak bilinen “tetenoz” ve “kızamık” gibi birçok bulaşıcı hastalık erişkinlerde de ciddi sağlık riskleri ile hastalık yükü oluşturmaya başlamıştır. Bu durum, aşılamaya programlarının, “yaşam boyu bağışıklama programları” şeklinde ele alınması gerekliliğini ortaya çıkarmıştır. Bağışıklamanın önemli bir politika önceliği olarak ve “kimseyi geride bırakmayacak” kapsayıcı bir şekilde ele alınması oldukça önemlidir. Dolayısıyla “yaşam boyu bağışıklama” prensibiyle pediatrik aşılamaya yanı sıra yetişkin aşılamaya da geliştirilmesine yönelik hedef ve politikaların önceliklendirilmesi gerekmektedir. Bu çerçevede aşağıdaki önerilerin dikkate alınmasının oldukça önemli olduğu düşünülmektedir:

- Ulusal Yaşam Boyu Bağışıklama Programının oluşturulması gerekmektedir. Bu kapsamda; (1) bağışıklama önerilerinin tüm yaşamı kapsayacak şekilde bilimsel kanıta dayalı bir kılavuz haline getirilerek güncellenmesi, (2) önerilen tüm aşılarda tüm yaş gruplarında ulaşılabilir olması, (3) aşılarda kaydedilmesi, randevu oluşturulması ve hatırlatılması açısından dijital sağlık teknolojilerinin etkin bir şekilde kullanılması ve bu kapsamda karar destek uygulamalarının geliştirilmesi, (4) mevcut aşılamaya kapsama oranlarının tüm yaş grupları ve risk gruplarını da içine alacak şekilde belirlenmesi ve düzenli olarak paylaşılması, (5) aşılamaya kapsama oranı hedefleri ve bu hedeflere yönelik ölçütlerin belirlenmesi, (6) aşı etki modelleme çalışmaları yapılarak bağışıklama politikalarında kanıta dayalı karar verme mekanizmalarının oluşturulması, (7) aşı fiyatlandırma ve geri ödeme kararlarında değer bazlı yaklaşımların kullanılması, (8) bağışıklama programının uygulanabilmesi için sürdürülebilir finansman sağlanması önerilmektedir.
- Sağlık profesyonellerinin mezuniyet öncesi, mezuniyet sonrası ve profesyonel gelişim dönemlerinde zorunlu bağışıklama eğitimi ve aşı iletişimi programlarının geliştirilmesi önemlidir.
- Toplumda aşılaraya duyulan güvenin ve “aşı okuryazarlığının” artırılması için bilinçlendirme ve eğitim programları düzenlenmesi önerilmektedir.

- Ülke yönetiminde her kademedeki politika yapıcılar ile karar vericilerin öncelikle temel sağlık hizmetleri olmak üzere bağışıklama konusunda bilgilendirilmesi elzemdir.
- Ulusal Yaşam Boyu Bağışıklama Programı doğrultusunda “Ulusal Bağışıklama Planı” hazırlanarak konunun tüm paydaşları içerecek şekilde bütüncül olarak ele alınması gerekmektedir.

3.1.4. Çocuk, Kadın ve Üreme Sağlığı – Anne ve Bebek Ölümleri

Türkiye’de anne ölüm oranları konusunda önemli bir yol alınmış olunmasına karşın bazı bölgelerde bu oranın daha yüksek seviyelerde olduğu görülmektedir. Özellikle bu bölgelerde kadın doğum uzmanı ve ebe sayısını artırılması düşünülmelidir. Ancak anne ölümünü sadece bir sağlık olgusu olmaktan ziyade kadının sağlık statüsünü de içeren bir boyutta değerlendirmek ve diğer paydaşların katılımını da gerektiren önlemler düşünmek gerekmektedir. Bebek ölümleri ile birlikte değerlendirildiğinde kadının eğitimi, doğum aralıklarının yönetimi, bölgesel bebek ve anne beslenmesi ile ilgili farklılıkların giderilmesi, akraba evliliklerinin ve erken yaşta evliliklerin önlenmesi gibi önlemler ortaya çıkmaktadır. Akraba evlilikleri sağlığın geliştirilmesi çalışmaları ile önlenebilir ve son yıllarda artış olduğu düşünülen erken yaşta evliliklerin önlenmesinde ise evlilik danışmanlığı müessesesi kullanılması önerilmektedir. Bireylerin evliliğe psikolojik olarak hazır olup olmadıklarının değerlendirilmesi gerekmektedir.

Gebelik tercihi ile gerçekleşen gebelik arasındaki makasın açılmış olmasının ise önemli bir diğer sorun alanı olduğu düşünülmektedir. Bu durum istenmeyen gebeliklerin arttığına bir göstergesidir ve birinci basamak sağlık kuruluşlarında istenmeyen gebeliklere yönelik hizmetlerin yetersiz kaldığı düşünülmektedir. Bu konuda gerekli danışmanlık ve eğitim hizmetlerinin verilmesi ve özellikle gebeliği önleyici yöntem kullanımı açısından teşviklerin artırılması gerekmektedir. Bunun yanında gebelik izlemlerinin niteliği konusunda önemli tereddütler bulunmaktadır. Bir diğer sorun alanı aile içi şiddet ve kadına şiddettir. Şiddetle mücadelenin sözel olarak değil doğrudan eylem ve kararlarla hayata geçirilmesi gerekmektedir. Bir diğer önemli nokta ise üzerinde çok durulmayan ancak önemli sorunlar arasında yer alan cinsel yolla bulaşan hastalıklardır ve bu alan ile ilgili tarama programlarının geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması önerilmektedir.

Çocuk, kadın ve üreme sağlığı hizmetlerinin güçlendirilmesi ile bebek ve anne ölümlerinin azaltılması konusunda aşağıdaki sıralanan diğer çözüm önerilerinin de dikkate alınması gerekmektedir:

- Hastalık yükü açısından değerlendirildiğinde neonatal ölümler toplam hastalık yükünü artırmaktadır. Konjenital anomaliler bu açıdan önemli bir tehdittir ve evlilik öncesi taramalar önemli bir önleyici olacağı düşünülmektedir.
- Kadınlarda en sık görülen kanser türlerinden olan serviks kanseri ile ilgili aşılamanın bir politika olarak ele alınması gerekmektedir.
- Türkiye’de sezaryen doğum oranlarının yüksek olmasının nedeninin bilinç düzeyi eksikliğinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Dolayısıyla üreme sağlığı açısından normal doğumun teşviki ve eğitimine yönelik iletişim kampanyaları ile kamuoyunun bilinçlendirilmesi ve gebe okullarının bilinirliğinin artırılması önerilmektedir.
- Türkiye’de çocuk yan dalları ile ilgili önemli eksiklikler bulunmaktadır. Son yıllarda yeni doğan kapasitesi artırılmış olmasına karşın yenidoğan uzmanları sayısının artırılmasına ihtiyaç vardır. Yeni doğan konusunda özel sektörün önemli bir kapasitesi bulunmaktadır ancak özellikle SGK’nin geri ödeme politikaları gözden geçirilmez ise özel sektörün bu alana sağlayacağı katkının gelecekte azalacağı düşünülmektedir.

3.1.5. Nadir Hastalıklar

Dünya Sağlık Örgütü “tek sağlık” kavramı kapsamında hiçbir hastalığın geride kalmaması yönünde önemli bir karar almıştır. Birleşmiş Milletler’in de benzer bir anlayışı kabul ettiği bilinmektedir. Nadir hastalıklar sadece genetik hastalıklar olarak tanımlansa da nadir hastalıkların içeriği oldukça geniştir. Nadir hastalıklar çok farklı branşta hastalıklardan oluşmaktadır ve pek çoğunda izlem ile tedavi olanakları sınırlı düzeydedir. Nadir hastalıklar ile ilgili önemli bir sorun alanı, bu hastalıkların tedavisinde kullanılan yetim ilaçların çok yüksek maliyetli olmasıdır. Nadir hastalıklara yönelik tedaviler oldukça hızlı gelişen bir alandır ve kısa süre içerisinde oldukça maliyetli tedaviler gündeme gelebilmektedir. Ancak nadir hastalıkların ekonomik yükünün ne olduğu konusunda net ve şeffaf bilgilere ihtiyaç duyulmaktadır.

Nadir hastalıklar pediatri ile yakından ilgilidir ve başlangıçtan itibaren genetik pediatri, moleküler biyoloji ve ilgili tüm branşların işbirliğinde bu hastalıkların genetik bilgilerinin toplanmasına önem verilmiştir. Özellikle yeni ilaç çalışmaları için bu genetik bilgilere ihtiyaç duyulmaktadır. Nadir hastalıklara yönelik geri ödeme sistemleri yeni gelişmektedir.

Nadir hastalıkların teşhis, tedavi ve geri ödeme süreçlerinin etkinleştirilmesi için aşağıda sıralanan önerilerde bulunmaktadır:

- Yetim ilaçların geri ödemesinde değer temelli yaklaşımların tercih edilmesi ve bunun kaynağının ayrı bir fon ya da bütçe ile karşılanması uygun olabileceği değerlendirilmektedir. Ayrıca ulusal yetim ilaç mevzuatının oluşturulması düşünülmelidir.
- Nadir hastalıkların tedavi maliyetlerinin yüksek olduğu dikkate alındığında tedavi kararlarının etkinliğini değerlendirecek İngiltere'deki "NICE (National Institute for Health and Care Excellence)" benzeri, sağlık ekonomisi analizleri yapan bağımsız "HTA (Health Technology Assessment) Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Merkezlerine" ihtiyaç bulunmaktadır. Tedavilerin etkililik ve maliyet gibi unsurları bilimsel bir çerçevede ele alınarak geri ödeme kapsamına alınıp alınmayacağı bu merkezlerde tartışılmalıdır.
- Tanı, tedavi ve ilgili branşların katılımı ile koruyucu önlemlerin alınacağı "referans merkezlerine" ihtiyaç duyulmaktadır.
- Her nadir hastalığın topluma getireceği ekonomik yük şeffaf bir şekilde tartışılıp toplumla paylaşılmalıdır.
- Ulusal bir tarama programının geliştirilmesi önem arz etmektedir. Nadir hastalıklar ile ilgili evlilik öncesi ve yenidoğan tarama programlarının genişletilmesi ve Sağlık Bakanlığı'nın tarama ile ilgili hususlarda üniversiteler ile birlikte karar vermesi önerilmektedir.
- Türkiye'nin genetik hastalıkların tedavisine yönelik formülleri en kısa zamanda bulması oldukça önemlidir. Aksi takdirde dışarıdan alınmak zorunda kalınacaktır. Bu noktada üretimi devletin yeniden mi ele alması gerektiği ya da farklı ülkedeki gelişmiş bir "yeni girişimi" (start-up) mi satın alacağı tartışılmalıdır. Dolayısıyla nadir hastalıklar eylem planının bu bakış açısı ile gözden geçirilmesi gerekmektedir.
- Türkiye'de yapılmakta olan biyoteknolojik ilaç yatırımlarının nadir hastalıklar modeli üzerinden yapılması düşünülmelidir.
- SGK'nin da nadir hastalıklarda aktif rol alması ve yetim ilaçların ruhsatlandırma süreçleri konusunda Sağlık Bakanlığı ile eşgüdümlü hareket etmesi gerektiği düşünülmektedir.
- Nadir hastalıklarla ilgili önemli bir sorun alanı verilerin varlığı ve doğruluğudur. Bu noktada bazı Avrupa Birliği ülkelerinde geliştirilen ve Avrupa Birliği tarafından da desteklenen bazı kodlama sistemlerinin ele alınıp incelenmesi gerekmektedir.

3.1.6. Yataklı Tesis Planlaması

Türkiye’deki hastanelerin yatak doluluk oranlarının pandemi öncesinde de düşük olduğu ve pandemi ile birlikte daha da düştüğü bilinmektedir. Burada öncelikle yatak doluluk oranlarının düşmesinin nedenleri bölgesel bazda incelenip bölgesel farklılıklara göre yeni kararlar alınması önerilmektedir. Çünkü her bölgenin ihtiyaçları birbiri ile aynı değildir. Diğer yandan yatak sayısının artırılması yerine var olan yatakların daha etkili kullanımı sağlanmalıdır. On Birinci Kalkınma Planında hedeflenen yatak kapasitesine ulaşıldığı unutulmamalıdır. Bu noktada bir yatak planlamasına mı yoksa bir personel planlamasına mı ihtiyaç olduğu tartışılmalıdır. Türkiye’de yatak planlaması yapılırken personel planlaması ile birlikte bir değerlendirme yapılmasına ihtiyaç vardır. Türkiye’nin çok sayıda hekime ve hekimden daha fazla hemşireye ihtiyacı vardır. Türkiye’de hemşire sayısı oldukça azdır ve hemşire sayısının azlığı hekimler üzerindeki baskı ve yükü de artırmaktadır. Bu durum üniversite hastanelerinde daha çarpıcı bir düzeydedir ve üniversite hastanelerindeki hemşirelerin iş yükü Sağlık Bakanlığı hastanelerindeki hemşirelere göre daha yüksektir. Özellikle üniversite hastanelerinde hemşire yokluğu nedeniyle var olan yataklar (özellikle yoğun bakım yatakları) kullanıma kapatılmak zorunda kalmaktadır. Dolayısıyla üniversite hastanelerinde hemşire sayısının artırılmasına ve yardımcı personel kadrolarının tahsis edilmesine yönelik önlemler alınması gerekmektedir.

Yatak sayısı bir sağlık sistemi ölçütü olmaktan çıkarılmalıdır. Dünyada geçmişte yatak sayısını düşürmek önemli bir başarı göstergesi iken günümüzde özellikle Avrupa’da yaşlanma ile birlikte uzun dönemli yatak ihtiyacının ortaya çıkması sonucu bu politika tersine dönmüş ve yatak sayısını artırmak önemli bir performans göstergesine dönüşmüştür. Ancak bu dönüşüm yataklara yeni bir tanım getirmeyi gerektirmektedir. Kronik ve akut hasta yatağı ayrımının yapılması ve ayrıca ihtiyaçlara göre yatak planlamasının yapılması önem kazanmaktadır. Hastane büyüklüğü ya da kapasitesi yatak sayısı ile ölçülmemelidir. Yatak sayısı çeşitli nedenlerle artırılabilir, ancak yataklı tesislerin planlanmasında teknik ölçütler doğrultusunda karar alınmalıdır. Bu noktada özellikle bir kültür açılımına ihtiyaç duyulmaktadır. Vatandaş bakış açısı ile hasta yatırmak önemlidir ancak “mutlaka yatarak tedavi olmak gerekir” düşüncesinin kaldırılması gerekmektedir. Diğer taraftan hekim bakış açısı ile tıp eğitiminin de bu anlamda yeniden gözden geçirilmesi önemlidir.

Cevaplanması gereken önemli bir soru hasta yatırılmaya neden ihtiyaç duyulduğudur. Özel hastaneler verimlilik hesapları ile özellikle cerrahi hastaları yatırmaya yönelirken genel

olarak hala tanı süreci için hasta yatırıldığı ve özellikle farklı şehirlerden gelen çok sayıda hastanın tetkiklerinin tamamlanması amacıyla hastaneye yatırıldığı görülmektedir. Ayakta tanı ve tedavi işlemlerinin hızlandırılması ve imkânlarının artırılması, evde bakım ve palyatif bakım merkezlerinin iyileştirilmesi, uzaktan sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve personel yetersizliklerinin giderilmesi ile var olan yatak sayısı ile etkili bir hizmet sunumunun gerçekleştirilebileceği düşünülmektedir. Kişiselleştirilmiş tıbbın giderek önem kazandığı, yataksız sağlık hizmetlerinin ön plana çıktığı günümüzde ek yatalara yönelik planlama yapmak yerine var olan yatakları daha etkili ve verimli kullanmanın yollarının aranması gerektiği düşünülmektedir.

3.1.7. Sağlık İnsan Gücünün Nicelik ve Nitelik Olarak İyileştirilmesi ve Bölgeler Arası Dengeli Dağılımın Gözetilmesi

Sağlık insan gücünün dengeli dağılımının önünde iki önemli engel olduğu düşünülmektedir. Öncelikle dengesiz dağılım yalnızca kamunun bir sorunu değildir ve özel sektördeki sağlık insan gücü de dengesiz dağılmaktadır. Bunun yanında bölgeler arasında sadece sağlık alanında değil, sosyal, kültürel ve ekonomik değişkenlerde de dengesizlikler söz konusudur. Bu nedenle dengenin sağlanması konusuna sadece sağlık hizmetleri açısından değil daha bütüncül ve çok boyutlu bir perspektiften bakmak gerekmektedir.

Sağlık insan gücünün nicelik ve nitelik olarak iyileştirilmesi ve bölgeler arası dengeli dağılımın sağlanabilmesi için aşağıdaki çözüm önerilerinin dikkate alınması gerektiği düşünülmektedir:

- Sağlık insan gücü fakat özellikle hekim hareketliliğinde kamudan özel sektöre ve özel sektörde muayenehanelere doğru bir kayış vardır ve bu durum sağlık çalışanlarının eşitsiz bir şekilde dağılımını artırmaktadır. Bunun yanında son yıllarda yurt dışına giden hekim sayısı da hızla artmaktadır. Bunların nedenlerini ortaya koymadan bir insan gücü planlaması yapmanın yanlış olacağı düşünülmektedir.
- Hekimleri sağlık sistemi içerisinde tutabilmek için özellikle şiddet konusu üzerinde ayrıca durulmalı, sadece sağlık sektöründe değil genel olarak toplumdaki şiddet konusuna epidemik olarak yaklaşarak arkasındaki nedenler sorgulanmalıdır. Ayrıca hekimlerin şiddetin bir sonucu olarak defansif tıp uygulamalarını yaygın şekilde kullandıkları dikkate alındığında şiddet konusunda ceza yasasında değişiklik yapılması,

güvenlik hizmetlerinin iyileştirilmesi ve de hastalara ayrılan sürelerin artırılması gibi bir dizi önlemin uygulanması gerektiği düşünülmektedir.

- Nitelikli insan çalıştırmak için karşılığını vermenin gerekli olduğu dikkate alınmalıdır. Hekimlere verilen ücretlerin yetersizliği de onları yurt dışında çalışmaya yönlendirmektedir. Bu konuda bir sistem değişikliğine ihtiyaç duyulmaktadır. Zorlamalarla insan gücünü dengeli dağıtmaya gayret etmek, hekimlerin ve sağlık çalışanlarının kaybına neden olabileceği düşünülmektedir.
- İnsan gücünün niceliğini artırırken niteliğini de artırmak oldukça zordur. Tıp fakültesi sayısının hızla artması tıp ve uzmanlık eğitiminin kalitesinin sorgulamasını da birlikte getirmektedir.
- Hekimler yanında hemşireler, diş hekimleri ve eczacılar gibi diğer sağlık çalışanlarına yönelik de planlamalar yapılması gerekmektedir. Hekimlerin ve diğer sağlık çalışanlarının görevlerinin yeniden tanımlanması ve herkesin kendi uzmanlık alanlarında çalıştırılması oldukça önemlidir. Bunun yanında 21. yüzyıl ile birlikte yeni ortaya çıkan sağlık mesleklerine yönelik de stratejiler geliştirilmelidir. Biyoinformatik ve genomik tıp gibi önemli ihtiyaç alanları belirlenerek yeni alanlarda insan gücü yetiştirilmelidir.
- Hekimlerin bölgeler arası dengeli dağılımı yanında uzmanlık dalları arasındaki dengeli dağılımına da dikkat edilmelidir. Bazı uzmanlık dallarının hiç tercih edilmediği düşünüldüğünde, bu sorunun çözümüne yönelik eylem ve politikaların hayata geçirilmesi gerekmektedir.
- Sağlık insan gücü dağılımdaki dengesizliklerin bir insan kaynakları yönetimi sorunu olduğu dikkate alındığında nitelikli insan gücünü istihdam edebilmeyi kolaylaştıracak, yarı zamanlı kadrolar ya da anlaşmalı kadrolar gibi çeşitli kadro tiplerini değerlendirmeye alarak istihdam modellerinde çeşitlendirmeye gitmek gerekmektedir.
- Performansa dayalı ek ödeme sisteminde performansın tek kriterinin işlem sayısı olması uygulaması yerine, sağlık çıktıları, hasta ve çalışan memnuniyeti ve kalite göstergelerinin de dikkate alındığı bir yapı ile devamlılığı sağlanmalıdır.

3.1.8. Aktif Yaşlanma ve Yaşlı Nüfusa Yönelik Sağlık Hizmetleri

Yaşlılık Türkiye’de giderek artan önemli bir olgudur ve yaşlılığın getirdiği yükü iyi takip etmek gerekmektedir. Ancak yaşlılığa sadece evde bakım, kronik bakım ya da palyatif

bakımla sınırlamadan daha geniş bir perspektiften yaklaşmak gerekir. Toplumun yaşlılık konusundaki farkındalığı ve “sağlıklı yaş alma” anlayışının tüm toplumca benimsenmesi önemlidir. Kültürel olarak ülkemizde yaşlının evde bakılması anlayışı kabul görmektedir. Ancak kültürel değerlerin de yeni jenerasyonlarla birlikte değişebileceği dikkate alınmalı ve kültürel değerlerin korunması ve devam ettirilmesi için yaşam boyu eğitim programları gibi önlemlerin alınması gerekmektedir. Kültürel değerlerin sürdürülmesi ile yaşlıların aile içerisinde bakımının üstlenilmesinde en önemli zorluk, yaşlıları aile içerisindeki tüm yaş grupları ile iletişim halinde tutarak kuşak çatışmalarının önlenmeye çalışılmasıdır.

Aktif yaşlanmaya yönelik koruyucu ve yaşlı nüfusa yönelik tedavi edici sağlık hizmetleri kapsamında aşağıda sıralanan önlemler dikkate alınabilir:

- Sağlık eğitiminde yaşlıyı merkeze alan bir konsept benimsenmeli ve bu konsept tıp fakülteleri ile sağlık eğitimi veren tüm programlarda yaygınlaştırılmalıdır. Yaşlılık konusunu sadece geriatri hekim ve hemşirelerinin yönetmesi beklenemez. Uzmanlaşmış beslenme diyet uzmanlarından sosyal hizmet uzmanlarına tüm sağlık çalışanlarının birlikte çalışmasına ihtiyaç duyulmaktadır.
- Gerontologların yaşlı bakımındaki rolü oldukça önemlidir. Yaşlı bakımında hem sağlık hem de sosyal hizmet boyutlarını bir araya getiren bir bakış açısına ihtiyaç vardır. Dolayısıyla gerontologların yetiştirileceği programların cazibesinin artırılması gerekmektedir.
- Yaşlı bakımında konu ile ilgili tüm paydaşların entegre bir hizmet sunması son derece önemlidir. Sağlık Bakanlığı ile Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı'nın yaşlıların evinde ve yerinde sağlık hizmeti alabilmesini kolaylaştırmak için koordineli bir şekilde çalışması önerilmektedir. Bilişim alt yapılarının kurulması ile entegrasyonun güçlendirilmesi hususu değerlendirilmelidir.
- Yaşlıların sağlık hizmetine ulaşımında kolaylıklar sağlanmalı, hem sağlık kuruluşlarına fiziksel olarak erişimleri hem de muayeneye erişimleri konusunda çalışmalar yapılmalıdır. Ayrıca sağlık kuruluşlarının yaşlı dostu bir hale dönüştürülmesi oldukça önemlidir.
- Yaşlıların fiziksel sağlıkları yanında demans ve alzheimer gibi hastalıklara yönelik tarama programları başlatılarak zihinsel sağlık sorunlarına yönelik çözümler üretilmelidir.

- Yaşlıların emeklilikten sonra meşguliyetlerinin sağlanabilmesi için “yaşlılığa hazırlık okulları” kurumlar içerisinde ya da bakanlıklar düzeyinde organize edilerek yaşlılara emekliliğin nasıl yönetileceği anlatılması ve bu amaçla dijital teknolojilerin kullanılması önerilmektedir. Bunun yanında yaşlılar, evde oturmalarından ziyade, bilgi ve tecrübelerinden yararlanılabileceği ve kendilerini daha faydalı hissedebilecekleri alanlara yönlendirilmesi ve yaşlı bireylerin üretkenliğini teşvik edecek uygulamalara yer verilmesi oldukça önemlidir.
- Yaşlıların gündüzlerini geçirebilecekleri ve zamanlarını değerlendirebilecekleri “yaşlı kreşlerinin” kurulması önerilmektedir.
- Teknolojik gelişmeler evde bakımı kolaylaştırmıştır ve günümüzde “sanal yatak” kavramı tartışılmakta, evdeki bir yatak sanal yatak olarak kullanılabilir. Yaşlılara evlerinde ve yerlerinde bakım verebilmek için dijital teknolojiler daha etkin kullanılması önerilmektedir. Örneğin giyilebilir teknolojiler ile yaşlılar uzaktan takip edilebilir ya da evde uyarı sistemleri geliştirilebilir ve bu tip hizmetlerin geri ödeme kapsamına alınmasının tartışılması gerekmektedir.
- Terminal hizmetler, palyatif hizmetlerden farklı olarak ele alınmalıdır. Tıbben ümidi olmayan hastaların yoğun bakım yerine farklı bir alanda terminal bakım alabilecekleri merkezlere ihtiyaç bulunmaktadır.
- Sağlık Bakanlığının sunmuş olduğu evde bakım hizmetleri ikinci basamak bakış açısı ile hastane merkezli bir bakımdır. Ancak evde bakımı anlayış olarak değiştirmeye ve temel sağlık konsepti ve birinci basamak bakışı açısı ile ele almaya ihtiyaç vardır. Bu anlamda aile hekimlerine geriatri eğitimi verilmesi önem taşımaktadır.
- Evde bakım ve palyatif bakımın finansal olarak sürdürülebilirliğinin sağlanabilmesi için finansal bir modele ihtiyaç vardır. Bakım/destek sigortası ya da aile sigortası modelleri gibi bir finansal kaynak bulunmalı, genel sağlık sigortası içerisinde yeni bir alan ya da finansal model oluşturulmalıdır.
- Yaşlı bakımı ve palyatif bakım konusunda özel sektöre de olanaklar tanınmalıdır.
- Evde bakım hizmetlerinde özellikle ilacın doğru kullanımı konusunda eczacıların bulunmasının gerekli olduğu düşünülmektedir.
- Kurumsal yaşlı bakım hizmeti veren kuruluşların evde bakım ve uzaktan bakım teknolojilerine erişimlerinin sağlanması önemlidir.

- Yaşla birlikte değişen onkoloji konsepti dikkate alınarak yaşlılara yönelik ve bu alanda uzmanlaşmış kapsamlı onkoloji merkezlerinin kurulması önerilmektedir.

3.1.9. Göç Sağlığı Hizmetleri

Birleşmiş Milletler verilerine göre dünyada en çok göç alan ülkelerden birisi Türkiye'dir. Göçle gelen bireylerin kendilerine özgü kültürleri ve sağlık problemleri bulunmaktadır. Örneğin, Suriyeli ve Afgan göçmenler arasında akraba evlilikleri daha fazla görülürken Afrika'dan gelen göçmenlerde tropikal hastalıklar ile HIV ve tüberküloz vakaları daha yüksektir. Ayrıca diğer bazı ülkelere gelen göçmenlerin cinsel yolla bulaşan hastalıkları artırdığına dair endişeler bulunmaktadır. Dolayısıyla gerekli taramaların yapılması ve göçmenlerin doğru tedavilere ulaşmalarını kolaylaştırmak çok önemlidir.

Bilindiği gibi Türkiye'de Avrupa Birliği ve Sağlık Bakanlığı arasında imzalanan SIHHAT Projesi desteğiyle göçmen sağlığı merkezleri hizmet sunmaktadır. Proje hibelerinin sona ermesinin ardından göçmen sağlığı merkezlerinin Sağlık Bakanlığı'na entegrasyonunun tartışılması ve sürdürülebilirlik konusunda yeni kaynakların ayrılması gerekmektedir. Bunun yanında göçmenlerin sağlığı yanında göç alan bölgelerde yaşayan insanların sağlığı da oldukça önemlidir. Ev sahipleri için önemli sağlık tehditleri söz konusu olabilir ve göçmenlerin buldukları yerlerde meydana gelebilecek sağlık sorunlarının dikkatle değerlendirilmesi gerekmektedir.

Göç sağlığı hizmetlerinin etkinleştirilmesinde aşağıdaki diğer önerilerin de önemli olduğu düşünülmektedir:

- Göçmen çocukların aşılama oranlarının istenilen seviyede olmadığı görülmektedir ve artırılmasına yönelik planlamaların yapılması önemlidir.
- Göç sağlığı kapsamında yenidoğan başta olmak üzere her yaşta sağlık sorunlarının tespitine yönelik taramalar yapılmalıdır.
- Göçmen çocuk işçiliği, yoksulluk ve eğitime erişememe sorunları dikkate alınmalı ve Göç İdaresi Başkanlığı uyum sürecini sosyal yönünü de değerlendirerek planlamalıdır.
- Afrika ve Asya'nın büyük bölümü için Türkiye'nin hedef göç ülkesi konumunda bulunması sebebiyle düzensiz göçmenlik sürekli ülke gündeminde tutulmalıdır.
- Suriyeli göçmenlerde tütün bağımlılığının yüksek olması sebebiyle tütün bağımlılığını azaltmaya yönelik faaliyetlerin yararlı olacağı düşünülmektedir.

- Göç çok paydaşlı bir konudur ve özellikle İçişleri Bakanlığı'na önemli görevler düşmektedir. Gettolaşma en önemli endişe kaynağıdır. Göçmenlerin kendi aralarındaki sosyal bağ çok güçlüdür ve ayrıca bir kültür bariyeri söz konusudur. İkamet izninde dil zorunluluğu şartı düşünülmelidir.
- Covid-19 salgını döneminde göçmen kaydı ile ilgili sorunlar yaşanmıştır. Göçmen statüsü sağlanan herkesin sağlık geçmişi ile ilgili kayıtlar almak ve göçmenlerin sağlık kayıtlarını tutabilmek için standart bir format geliştirilmesine ihtiyaç vardır.

3.1.10. Sağlıkta Hizmet Sunum Kalitesinin Artırılması

Kalite kavramından ölçmek, değerlendirmek ve iyileştirmek anlaşılmalıdır. Kalite, hizmet sunum kalitesi ve klinik kalite olmak üzere iki başlık altında ele alınmalıdır. Sağlık hizmeti sunum kalitesinde iki konu oldukça önemlidir. Bunlardan ilki hizmet sunum süresidir ve Ülkemizde bu sürenin oldukça kısa olduğu bilinmektedir. Kısa süreli hizmetlerin etkililiği de az olmaktadır. Hizmet kalitesi ile ilgili ikinci önemli konu ise uzmanlaşmadır. Belirli alanlarda uzmanlaşmış merkezlere ihtiyaç vardır ve belirli hizmetlerin belirli alanlara ve bölgelere yoğunlaşması ile uzmanlaşma artacaktır. Uzmanlaşmış merkezlerin sayısının artırılması beklenen kalitenin artırılması açısından önemlidir. Bunun yanında kalitenin ihtiyaca cevap vermekle ilgili bir kavram olduğu da bilinmektedir. Kalitenin ölçülmesinde kalitenin hangi düzeyde beklendiği elzemdir. Bu sebeple ihtiyacın tanımlanması ve hangi düzeyde bir kalitenin istendiğinin belirlenmesi gereklidir. Kalite kaçınılmaz olarak bir maliyet unsuru getirmektedir ve çok yüksek düzeyde bir kalite bekleniyorsa maliyeti de oldukça yüksek olacaktır. Bu bağlamda kalitenin temel öğeleri, hizmet üreten kişi yani sağlık profesyonelleri, kullanılan ürün yani sağlık teknolojisi ve bütün bunları bir araya getiren süreçtir. Bu bakış açısı ile bakıldığında kalite sadece form doldurmak ya da not vermek olarak algılanmamalıdır. Kalite bir süreci baştan sona değerlendirmek ve eksikleri görüp tamamlayabilmektir. Bu noktada ise sağlık profesyonelleri ve yöneticilere önemli görevler düşmektedir. Ayrıca eksikliklerin görülerek giderilmesi için kaynak sağlanması da gerekmektedir. Klinik kalite boyutunda ise henüz istenilen sonuçlara ulaşamamıştır. Klinik verilerin elde edilmesi ve veri kalitesi konusunda sıkıntılar bulunmaktadır ve veri kalitesinde istenilen sonuçlara varılmasının zaman alacağı düşünülmektedir.

Sağlık hizmet sunum kalitesinin ve klinik kalitenin artırılması ve ölçülmesi ile hasta güvenliğinin sağlanması için yapılması gerekenler aşağıda sıralanmıştır:

- Hasta güvenliğinin sağlanması ve tıbbi hataların önlenmesi konusunda düzenlemelere, kültürel ve davranış değişikliğine ve özellikle çalışan farkındalığına ihtiyaç vardır. Sağlık profesyonellerin eğitiminde kalite ve hasta güvenliği konuları müfredata yansıtılmalıdır.
- Teşhis İlişkili Gruplar (TİG) uygulamasının tekrar hayata geçirilmesi klinik kalitenin ölçülmesinde önemli faydalar sağlayacağı, ölçüldükten sonra klinik süreçlerin de iyileşebileceği düşünülmelidir.
- Planlama, denetim ve kalitenin politika erkinden bağımsız bir şekilde ele alınması gerekmektedir. Bağımsız bir kalite ve akreditasyon kurumuna ihtiyaç bulunmaktadır.
- Sağlık hizmetlerine hastane odaklı bakış açısından vazgeçilerek gününbirlik bakım merkezleri ya da alternatif bakım kurumları gibi büyük merkezler tarafından desteklenen kurumlar oluşturulması ve değer temelli sağlık hizmetleri bakış açısı ile sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılması önerilmektedir. Değer nerede üretiliyor ise süreç buna göre tasarlanmalıdır.
- Ödeme sistemlerinin kendisinden bekleneni veremediği görülmektedir. Global bütçe sisteminde hizmet sunumu ile finansman/ödeme arasında bir bağlantı bulunmamaktadır. Bu sistemde kalitenin ödüllendirildiği bir model yoktur. Kalitenin artırılabilmesi için kalitenin uygun ödeme ya da ödüllendirme sistemi ile desteklenmesi gerekmektedir. Global bütçe sisteminin tekrar masaya yatırılarak ödül ve teşvik sistemini bu yapıya entegre etmek, kaliteyi finanse edecek ve kaliteli sağlık kurumlarını ödüllendirecek bir model tasarlamak gereklidir.
- Hastane kalite sistemlerinde erken dönem çıktılara dayalı olarak hizmetin kalitesi değerlendirilmektedir. Ancak çıktılar ile kaliteyi ölçmek tek başına yeterli değildir ve bu çıktılar üzerinde eğitim, su, çevre gibi diğer pek çok faktörün de etkisi bulunmaktadır ve bunun ne kadarının sağlık hizmetlerinden kaynaklandığı ölçülememektedir. Sağlığa özgü başarıların daha etkili göstergelerle ölçülmesi gerekmektedir.
- Hasta memnuniyeti verilerinin daha objektif ve sistematik bir şekilde toplanması gerekmektedir.
- Geleceğin sağlık hizmetleri olan dijital hizmetler ile evde bakım hizmetlerine yönelik kalite göstergelerinin hazırlanmasına ihtiyaç vardır. Ayrıca halk sağlığı çalışmalarının da kalitesinin ölçülmesi gerekmektedir.

- Hastanelere tekrar başvuruların ve yeniden yatışların değerlendirilip nedenlerinin araştırıldığı daha çok çalışmaya ihtiyaç bulunmaktadır.

3.1.11. Veri ve Kanıta Dayalı Politika Oluşturma – Veri Üretimi

Türkiye’de sağlık ile ilgili veriler var olmasına karşın, bu verilerin temizlenmesi ve kamuoyunun kabul edebileceği bir hale dönüştürülmesi önem taşımaktadır. Özellikle verilerin toplanması, temizlenmesi ve verinin kalitesi ile ilgili önemli problemler bulunmaktadır. Bunun temel nedenlerinden birisi yeterli personelin olmaması ve hekim ve diğer sağlık çalışanlarının da veri tutmak ve veri girmek için yeterli zaman bulamamalarıdır. Diğer bir neden ise verilerin üretilmeleri konusunda bir standardizasyon olmamasıdır. Bunun yanında üretilen veriler arasında önemli bir bağlantı sorunu bulunmaktadır.

Kanıta dayalı politika oluşturmada girdi olarak kullanılacak, bilimsel araştırmalarda kullanılmaya elverişli ve uluslararası karşılaştırmalara olanak sağlayan kalite ve ayrıntıda sağlık verisi üretimi konusunda getirilen çözüm önerileri aşağıdaki gibidir:

- Farklı kurumların, birimlerin ya da kişilerin yaptığı çalışmaların ve ürettikleri verilerin birbirinden haberdar olmasını, eşgüdümlü olmasını ve aynı havuzda toplanmasını sağlayacak karar destek sistemlerinin kurulması gerekmektedir. Karar destek sistemleri için verilerin diğer kurumlar tarafından görülebilmesi ve birbiri ile aynı dili konuşabilmesi önemlidir.
- Veriyi işlemesi gereken hekim, hemşire ve tıbbi sekreterler için veri girişi önemli bir yük olarak görülmektedir. Sağlık çalışanlarına özellikle hekimlere işini yaparken veri girişini kolaylaştıracak imkânların ve uygun şartların sağlanması gerekmektedir.
- Sağlık eğitiminde öğrencilere verilerin kaydı, üretimi ve kullanımı konusunda eğitimler verilmesi önerilmektedir.
- Kamuda sağlık alanında çok temel makro verilere ulaşılamamaktadır. Makro ve mikro düzeyde verilerin paylaşımına açılması ile kanıt temelli politikalar da üretilebilir. Kamunun ürettiği veriyi nasıl kullanılabilir hale getirebileceği konusunda bir karar vermesi oldukça önemlidir. Kamunun hangi veriyi, ne sıklıkla ve hangi formatta sunacağı ile ilgili tartışmaların yapılması gerekmektedir. Kamu verilerinin nasıl kullanılacağı ile ilgili bir planlamaya ihtiyaç bulunmaktadır.
- Veri üretilmesi ile ilgili bir başka konu başlığı sağlık araştırmalarıdır. Rutin verilerin elde edilmesi çok önemlidir ve rutin olarak elde edilemeyen veriler sağlık araştırmaları

ile elde edilmesi mümkündür. Ancak veriye ulaşamamak özellikle üniversitelerde yürütülen araştırmaları olumsuz yönde etkilemektedir. Son yıllarda sağlık alanında yürütülen araştırmalarda toplumu temsil etmeyen gruplar üzerinde yapılan çalışmaların arttığı ve araştırmacıların kalitatif verilere yöneldiği gözlenmektedir.

- Sağlık Bakanlığı tarafından üretilen verilerin uluslararası karşılaştırılabilir olması çok önemlidir. Bu konuda en önemli sorun alanı, sağlık harcamaları gibi bazı alanlarda daha alt kırımlarda verinin üretilmemesidir. Politika oluşturmada verinin çok daha alt kırımlarda üretilmesi gerekmektedir. Bu noktada alt kırımların ne olacağının belirlenmesi ve bu kırımlarda veri üretmeye yönelik sistemlerin hayata geçirilmesi gerekmektedir.
- ICD-10 ile ilgili olarak doğru kodlanmamasından kaynaklı sorunlar yaşanmaktadır. ICD-10 ve ileri aşamada da ICD-11'in temel mantığının eğitimlerle hekimlere anlatılması gereklidir.
- Avrupa Birliği; “Avrupa Sağlık Veri Alanı Tüzüğü” ne ilişkin çalışmalar yürütmektedir. Tüzük alışmaları kapsamında bireylerin elektronik kişisel sağlık verilerine erişimi ve kontrolünün iyileştirilmesine (birincil kullanım), verilerin AB genelinde toplumsal fayda için yeniden kullanımına (ikincil kullanım) ve verilerin korunmasına ilişkin kural setleri getirilmesi öngörülmektedir. Bu kapsamda Ülkemizin, AB ve üye devletler ile yürütülecek çalışmalarda elektronik sağlık verilerinin kullanımı, paylaşımı ve korunması ile özellikle “ikincil kullanım” için iletilecek verilerin korunmasına ilişkin söz konusu Tüzük tasarısı hükümleri de dikkate alınarak stratejik olarak hazırlıklı olması gerekmektedir.
- Verilerin ikincil kullanımı, işlenmesi ve paylaşımına ilişkin Sağlık Bakanlığı ya da TÜSEB altında ayrı bir birim ya da enstitü kurulması düşünölmelidir.
- E-nabız verilerinin anonimleştirilerek bilimsel araştırma, Ar-Ge, Ür-Ge gibi uygulamalara imkân sağlanması önemli olduğu düşünölmektedir.

3.1.12. Sağlık Hizmetlerinin ve Hastanelerin Dijitalleşmesi

Sağlık hizmetlerinin ve hastanelerin dijitalleşmesini yaygınlaştırmak amacıyla yapılması ve dikkat edilmesi gerekenler aşağıda ifade edilmiştir:

- Dijitalleşme tüm sektörlerde olduğu gibi sağlık sektöründe de hızla gelişmektedir. Günümüzde yapay zekâ ile birçok radyoloji görüntüsü okunabilmekte, kanser

taramaları yapılabilir. Bu tür gelişmelerin takip edilmesi ve hızla adapte olunması önemlidir. Özellikle yapay zekâ konusundaki çalışmalara hız verilmesine ve yapay zekâ konusunda çalışma yapmış bilgi teknolojileri konusunda uzman yazılımcılara ihtiyaç bulunmaktadır.

- Kamuda yazılım konusunda uzman kişilerin istihdam edilmesi oldukça zordur. Öncelikle yazılımcıların maaşları ile ilgili sınırlamalar vardır. Bu da yetenekli yazılımcıların istihdam edilmeme riskini birlikte getirmektedir. Kamuda yazılım satın alma sürecine bir mal satın almak gibi değil bir hizmet satın almak olarak yaklaşılmalıdır. Kamunun yazılım ile ilgili temel felsefesini değiştirmesi gerekmektedir. Özellikle bu tür yazılımların tedarikinde yeni bir düzenleme ya da bir var olan mevzuata istisna getirilmesi düşünülmelidir.
- Dijital teknolojiler vasıtasıyla pek çok sağlık hizmetinin verilmesinin ya da bu hizmetlerin verilmesini kolaylaştıracak hususların değerlendirilmesinin önemli olduğu düşünülmektedir. Ancak dijital teknolojilerin hangi alanlarda nasıl kullanılacağı konusunda sınırlılıkların belirlenmesi gerekmektedir. Dijitalleşmenin hukuki ve etik yönden değerlendirilmesi ve yasal mevzuatın oluşturulması gereklidir.
- Dijital sağlık hizmetlerinde hizmeti sunabilecek hekimle ilgili bazı mevzuat değişikliklerine ihtiyaç bulunmaktadır. Ayrıca hekimlerin ücretlendirilmesi konusunda da yasal düzenlemeler yapılması gerekmektedir.
- Dijital sağlık hizmetlerini yaygınlaştırmak için mutlaka geri ödeme kapsamında alınmaları tartışılmalıdır.
- Yeni nesil sağlık ürünlerinin pek çoğu bilişim temelli olarak gelişmektedir. Sağlık gittiği yön, teknoloji ile gelişen yeni nesil sağlık ürünleridir. Bu sebeple yeni nesil sağlık ürünü kavramının tartışılması, yasal ve etik yönlerinin irdelenmesi ve bugün kullanılanlar yanında yakında kullanılacak yeni nesil sağlık ürünlerinin de ele alınması gerekmektedir. Bunun yanında mekânsız sağlık hizmetleri olarak adlandırılan kavramın da tartışılması ve gündeme alınması oldukça önemlidir.
- Sağlık sektöründe dijitalleşmenin bir boyutu da dijital hastanelerdir. Kâğıt israfını ortadan kaldıracak bu uygulama dijital arşive doğru gelişmektedir. Ancak dijitalleşmenin altyapı masraflarının oldukça yüksek olduğu dikkate alındığında hastanelerin desteklenmesi oldukça önemlidir.

- Bazı hizmetlerde dijitalleşme sonucu hekimin eline geçen verinin kalitesinde önemli düşüşler gözlemlenmiştir. Dijitalleşmeye giderken özellikle radyoloji ve laboratuvar sonuçlarının değerlendirilmesinde, yüksek kalitede verinin nasıl depolanabileceği üzerinde çalışılması gerekmektedir. Dijitalleşme veri kalitesi yanında veri güvenliğini de sağlayacak ayrı bir yapıya ihtiyacı gündeme getirmektedir.

3.1.13. Akılcı İlaç Kullanımı

Akılcı ilaç kullanımı konusunda en önemli başlık sağlık ve ilaç okuryazarlığıdır. Bu noktada halk ve sağlık profesyonelleri olmak üzere iki taraf bulunmaktadır. Halkın sağlık ve ilaç okuryazarlığını artıracak faaliyetlere ve bu faaliyetlerin sürdürülebilirliğine ihtiyaç vardır. Sağlık profesyonelleri tarafında ise bazı bilgilerin sürekli güncellenmesine gereksinim bulunmaktadır ve özellikle mezuniyet sonrası eğitimlerle ilgili sorun alanları mevcuttur. Bu konuda eğitimler planlanması için bir bütçenin olmaması önemli bir engeldir ve finansal desteğin sağlanması gerekmektedir. Bunun yanında sağlık profesyonelleri tarafında reçetelemenin klinik rehberlere dayalı olması ve klinik rehberlere uygunluğunun denetlenmesi gerekmektedir. Ancak özellikle uzman hekimlerde konunun eğitim ve güncelleme kısmında defanslar vardır ve bunun ortadan kaldırılması için önlemlere ihtiyaç bulunmaktadır. Ülkemizde klinik rehberler yetersizdir ve rehberler yerine SGK tarafından hazırlanan SUT kullanılmaktadır. SUT her ne kadar bir klinik rehber olmayıp bir ödeme algoritması olsa da SUT'a uygun olmayan tedaviler geri ödeme kapsamına alınmadığı için zımnen bir tedavi algoritması olarak kullanılmaktadır. SUT'un finanse eden bakış açısı ile hazırlanmış olması ise daha ucuz tedavinin seçilmesi yönünde bir tercih oluşturabilmektedir. Dolayısıyla ilkesel olarak klinik rehberlerin hazırlanması ve güncelliğinin korunması oldukça önemlidir.

Akılcı ilaç kullanımının sağlanması amacıyla aşağıdaki önerilerin dikkate alınması gerektiği düşünülmektedir:

- Sağlık sisteminde hekimler için tanı ve tedavi edici kısımda yönlendirici algoritmalara yani klinik rehberlere kesinlikle gereksinim bulunmaktadır. Klinik rehberlerin hazırlanmasında tıpta uzmanlık dernekleri ve Sağlık Bakanlığı ile geri ödeme sisteminin de yer aldığı bir yapı oluşturularak ve endüstrinin de görüşleri alınarak çok paydaşlı bir sistem oluşturulması daha doğru olacaktır.
- Klinik rehberlerin belirli zaman aralıklarıyla güncellenmesi oldukça önemlidir.

- Reçeteleme konusunda veriler bulunmasına karşın elde edilen veriler bilgiye dönüştürülememekte ve ileriye yönelik kullanılamamaktadır. Ancak bu verilerin kullanılması ile reçeteleme konusunda maliyetleri azaltacak çalışmaların yapılmasının, çoklu ilaç kullanımının ayrı bir biçimde ele alınmasının mümkün olacağı düşünülmektedir.
- Akılcı ilaç kullanımında klinik farmakologların rolünün oldukça önemli olduğu dikkate alınmalıdır. Klinik farmakologların yanı sıra klinik eczacıların ve ilaç danışmanlığı görevini üstlenen tüm eczacıların rollerinin güçlendirilmesi sağlanmalı ve ilaç kullanımı ile ilgili süreçte daha etkin rol almaları teşvik edilmelidir.
- Akılcı ilaç kullanımının “rehber eczane” modeli ile yaygınlaştırılması düşünülmelidir.
- İlaç kullanımı konusunda dijital araçlar daha etkin kullanılması ve mobil uygulamalar geliştirilmesinde fayda görülmektedir.
- Bireylerin ilaçlarını düzenli kullanması ve tedavi uyumunun artırılmasını teşvik edecek çalışmalar yapılması önemlidir. Hastaların bilincini değiştirecek sağlık okuryazarlık seviyelerini artıracak çalışmalar yapılması gerekmektedir.
- Antimikrobiyal direncin önemli bir sağlık tehdidi olduğunun farkında olunup özellikle antibiyotiklerin akılcı kullanımının teşvik edilmesi büyük önem taşımaktadır.

3.1.14. Yenilikçi İlaç ve Tıbbi Cihaz Üretimi

Yenilikçi ilaç ve tıbbi cihazların sağlık sistemi içerisinde kullanımı ve geri ödemesine ilişkin soru alanları ve geliştirilen öneriler aşağıda sıralanmıştır:

- Ülkemizin ilaçta dışa bağımlılığının mümkün olduğunca azaltılması önem arz etmektedir.
- Yerli ilaç üreticilerinin araştırma-geliştirme çalışmalarını destekleyecek politikalar geliştirilmesi gerekmektedir.
- İlaç ödemelerinde maliyetleri esas alarak fiyatlandırma yapan bağımsız bir kurumun oluşturulması önem taşımaktadır.
- Sağlıkta inovasyon konusuna özel sektörün kaynak ayırdığı bilinmektedir ancak sonuç alınabilmesi için sürecin başından sonuna kadar destek gösterilmesine ihtiyaç vardır.
- Yeni ilaç ve tedavilerin geri ödeme kapsamına alınabilmesi için konu ile ilgili yeterli verinin toplanması ve analiz edilmesi gerekmektedir. Farklı ilaç ve tedavi yöntemleri arasında hangisinin geri ödeneceği ya da bir hizmetin geri ödeme kapsamına alınıp

alınmayacağı ile ilgili çalışmalar yürütmek için geri ödemedi bağımsız bir yapılanmaya ihtiyaç duyulmaktadır. Geri ödeme kararlarının özellikle sağlık teknolojisi değerlendirme çalışmalarına dayandırılması ise oldukça önemlidir.

- Bireyselleştirilmiş tıp için veri ve bilgi üretilmesi gereklidir ve Türkiye'nin kendi verisini üretmesi önem taşımaktadır. Bu veriler özellikle doğru tanı, tedavi ve izleme için gereklidir. Bu bağlamda TÜSEB'in genom projesinin tamamlanması önerilmektedir.
- GETAT uygulamaları ile ilgili olarak öncelikle geleneksel tıp, alternatif tıp ve tamamlayıcı tıp ayrımının doğru olarak yapılması gereklidir. GETAT uygulamalarına yönelik standartlar ve rehberler hazırlanmalıdır.
- Farmasötik forma bürünmüş gıda takviyeleri başta olmak üzere birçok bitkisel ürün eczaneler dışında hemen her yerde satılmaktadır. Bitkisel ürünlere ruhsat beyan üzerine Tarım Bakanlığı tarafından verilmektedir ve herhangi bir kontrol mekanizması da bulunmamaktadır. Sağlık Bakanlığı'nın halkı yanlış ve hiçbir bilimsel kanıtı olmayan bitkisel ürünlerin tehdidinden koruması önemlidir. Bitkisel ürünlerde farmasötik olarak sunulan geleneksel tıp ürünlerinin Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu tarafından ruhsatlandırılması önerilmektedir.
- Farmakoeкономи eksikliği hissedilen önemli bir konudur ve Türkiye'nin gerçeklerine uygun bir farmakoeкономи modeline ihtiyacı bulunmaktadır.

3.1.15. Sağlık Turizmi

Sağlık turizmi ülkemiz için önemli bir kaynaktır. Sağlık turizmi mali yönden bir hizmet ihracatı olarak değerlendirildiğinde bu alandaki talebin gelecekte de artması beklenmektedir. "Health Türkiye" sağlık markası, Türkiye'de sağlık turizminin çok yönlü gelişimi açısından oldukça önemlidir. Özellikle özel hastanelerin sağlık turizmi arayışı kaçınılmazdır ve özel sektörün bu konuda teşvik edilmesi oldukça önemlidir. Ancak Türkiye'de sağlık turizmi denilince akla ameliyat turizmi gelmektedir ve ameliyat turizminde ciddi bir malpraktis riski vardır. Dünya'da sağlık turizmi konusunda çok geniş bir yelpaze bulunmaktadır ve Türkiye'de bunun için çok uygun bir vasattır.

Sağlık turizmi konusunda gelinen noktada önemli bir soru, sağlık turizmi faaliyetlerinin, kendi vatandaşlarımızın sağlığını geliştirmek konusundaki sürdürülebilirliğe zarar vermeden nasıl yürütülebileceğidir. Halk açısından kendisinin ulaşamadığı kaliteli sağlık hizmetlerine

başkalarının ulaştığı algısına sahip olunmasının sorunlara yol açacağı düşünülmektedir. Bu sebeple vatandaşlarımız öncelikli olmak üzere sağlık hizmetlerini tüm insanlara sunmanın yollarını aramak gereklidir.

Ülkemizin sağlık turizmi potansiyelinin yeterince kullanılabilmesi için aşağıdaki tedbirlerin alınması faydalı görülmektedir:

- Sağlık turizmi konusunda en önemli sorun alanı, yapılan işlemler sonucunda gelişen komplikasyonların sağlık turistlerinin gittikleri ülkelerinde takibinin yapılamamasıdır. Bu sorunun çözümü için cerrahi operasyon sonrası uzun dönemli destek için ilgili ülkelerde temas noktalarının sağlanması önerilmektedir. Ayrıca tele-tıp yöntemleri ile hasta takibinin yapılması için gerekli altyapı çalışmaları da kurgulanmalıdır.
- Ameliyat turizminin neden olduğu malpraktis sorunu ve fiyat konusundaki tutarsızlıklar önemli bir güvensizlik problemine neden olmaktadır. Dolayısıyla gelen sağlık turistini güvence altına alacak bir sigorta ihtiyacı bulunmaktadır. Dünya’da kıtalararası sağlık sigorta sistemlerinin entegrasyonu gündemdedir. Sağlık turizminde garanti vererek güven ortamı oluşturmak elzemdir.
- Sağlık turizminde ucuz sağlık hizmetlerinden ziyade katma değeri daha yüksek alanlara yönelmek gerekmektedir. Sağlıklı yaşam, termal köyler, palyatif bakım, yaşlı bakımı gibi önemli potansiyel konular ile sağlık turizmini çok geniş bir alanda düşünmek önemlidir.
- Sağlık turizmi konusunda farklı kurumlar farklı amaçlarla çeşitli çalışmalar hayata geçirmektedir. Sağlık turizmi ile ilgili hedefleri tek çatı altında toplayacak ve farklı paydaşların katılımı ile kurulacak bir danışma kurulu oluşturulması değerlendirilmelidir. Sağlık turizmi potansiyeli bu tip çok paydaşlı bir kurulla birlikte değerlendirilmelidir.
- Sağlık turizmi konusunda önemli bir kayıt dışılık söz konusudur. Bu tür faaliyetlerin kayıt altına alınması gerekir.
- Uzaktan sağlık hizmetleri ya da ikincil görüş gibi uygulamalarla hem kamu hem de özel sektörde mesai saatleri dışında hekimlerin sağlık turizmine zaman ayırmasının önünü açacak politikalar geliştirilmelidir.
- Sağlık turizmi ile ilgili olarak maliyeti artıran önemli bir unsur ulaşımdır. Sağlık turizmi kapsamı içinde “yerinde sağlık turizmi” konseptinin de dikkate alınması önerilmektedir.

- Sağlık turizmi alanında faaliyet gösteren ve yetki belgesine sahip olan sağlık kuruluşlarının ve aracı kuruluşların denetlenmesine yönelik olarak var olan sistem güçlendirilmelidir.
- Sağlık turizmi konusunda akreditasyonun teşvik edilmesi önem taşımaktadır.
- Teşvik politikalarında KDV, KV, GV hükümlerinde yer alan uyumsuzlukların giderilmesi ve sektör dinamiklerine uygun yeniden ele alınması önerilmektedir.

3.1.16. Üniversite Hastanelerinin Sağlık Sistemi İçerisindeki Rolü ve Mali Sorunları

Üniversite hastanelerinin üç önemli rolü; eğitim vermek, sağlık hizmeti sunmak ve araştırmalar yürütmektir. Bu roller içerisinde sağlık hizmeti sunumu ön plana çıkararak üniversite hastaneleri hizmet hastaneleri olarak görülmeye başlanmıştır. Üniversite hastaneleri son yıllarda artan oranda hastayı kabul etmiş özellikle pandemi sürecinde yoğun bir şekilde hasta bakmaya devam etmiştir. Ancak üniversite hastanelerinin eğitim hastaneleri olduğu, insan kaynağı yetiştiren yerler olduğu ve eğitim amaçlı hasta bakması gerektiği dikkate alınmalıdır. Araştırma rolü de oldukça önemli olmasına karşın üniversite hastanelerinin gelirlerinin oldukça küçük bir kısmı araştırmaya dönüşmektedir. Üniversite hastanelerinin her üç rolü de yalnızca bir rolünden sağlanan SGK ödemeleri ile karşılanmaya çalışılmaktadır. Bu rollerin fonlanmasıyla ilgili problemler çözülmeden sadece hastalardan elde edilen gelirlerle sürdürülebilirliği sağlamak oldukça zordur.

Üniversite hastanelerinde bir heterojenlik söz konusudur. Afiliye hastaneler, vakıf hastaneleri ve üniversitelere bağlı hastanelerin kendilerine özgü sorunları vardır. Finansal sorunlar en başta dillendirilmektedir. Geri ödeme fiyatlarının gerçekçi olmaması ve maliyetlerin çok altında kalması üniversite hastanelerini zorlamaktadır. Ayrıca personel giderlerinin büyük bölümü döner sermaye gelirlerinden karşılanmaktadır. Akademik personelin mesai dışı muayene ücretleri ise oldukça düşüktür. Bunun yanında üniversite hastanelerinde akademik personelin döner sermayeden aldıkları ilave ücret Sağlık Bakanlığı hastanelerine göre ortalama olarak daha düşüktür. Ancak sorunların sadece finansal olmayıp çok yönlü olduğu ve finansal sorunların çözüme kavuşturulması ile üniversite hastanelerinin düzeleceğini düşünmek doğru olmaz. Üniversite hastanelerine sağlık sistemi içerisinde özellikle sağlık profesyonellerini yetiştirmek için ihtiyaç duyulacağı unutulmamalıdır.

Üniversite hastanelerinin önemli sorun alanlarından birisi yönetim ve organizasyon sorunudur. Üniversite hastanelerinin bir işletme kanunu bulunmamaktadır. Eğer bir hastane

olarak kabul ediliyorlarsa ayrı dinamiklerin geliştirilmesine ihtiyaç bulunmaktadır. Diğer önemli bir sorun alanı istihdam ve insan kaynakları sorunudur. Üniversite hastanelerinde insan kaynakları yönetimi oldukça zordur ve farklı çalışma koşulları ile ücretlendirmeye tabi sağlık çalışanları mevcuttur. Bu durum ise çalışma barışını bozmaktadır. Ücretlendirme ve performans sistemi de çalışanları eğitim ve araştırma rollerinden daha çok hasta bakmaya yönlendirmektedir. Belirli uzmanlık alanlarının hiç tercih edilmemesi ise gelecekte insan kaynağı problemlerine yol açabilecektir. Üniversite hastanelerinin önemli bir diğer sorun alanı ise, yerine getirmesi beklenen rolleri ile ilgili yaşanan sorunlardır. Üniversite hastaneleri rolünü kaybetmeye başlamış ve görevinden uzaklaşmıştır. Üniversite hastanelerinin sağlık sistemi içerisindeki rolünün tanımlanması ve bu rolün tüm paydaşlar tarafında kabul edilmesi oldukça önem taşımaktadır.

Üniversite hastanelerinin yukarıda belirtilen sorunlarının çözümünde aşağıdaki önerilerin dikkate alınabileceği düşünülmektedir:

- Üniversite hastanelerinin misyonunun yeniden tanımlanması gerekmektedir. Üniversite hastaneleri için yeni bir tanım yapmak ve yeni bir rol biçmek gerekmektedir. Bu rolün tüm paydaşlar tarafından kabul edilmesini sağlamak ve mali boyutunu da değerlendirmeye almak önemlidir.
- Üniversite hastanelerine gerçekçi fiyatlara dayalı geri ödeme yapılması mali sorunlarının çözümüne katkıda bulunacaktır.
- Üniversite hastanelerinin sağlık hizmeti üretebilmesi için yeni bir düzenleme şarttır. Ayrıca eğitim için ayrı ve araştırma için ayrı bütçelere sahip olması gerekmektedir. Üniversite hastanelerinin her bir rolü için ayrı istihdam modellerinin oluşturulması da düşünülmelidir.
- Üniversite hastanelerinin yeniden yapılanma ihtiyacı olduğu düşünülmektedir. Üniversite hastaneleri için yeni bir yönetim modeli oluşturulması oldukça önemlidir.
- Üniversite hastanelerinde mesai dışı muayene ücretlerinin artırılması oldukça önemlidir. Ayrıca döner sermayeler üzerindeki personel yükünün özel bütçeye aktarılması değerlendirilmelidir.
- YÖK içerisinde, üniversitelerin özerkliğine müdahale etmeden, üniversite hastanelerinin temsil edileceği bir temsiliyet birimi kurulması düşünülmelidir.

- Üniversitelerde araştırma rolünün ön plana çıkarılması son derece önemlidir. Üniversitelerde yetkin ve araştırmacı insanların yetiştirilmesi için YÖK ile birlikte öncelikli alanlar belirlenerek bu alanlarda araştırmacıların yetiştirilmesi gibi çözümler üretilmelidir. Ayrıca araştırma fonlaması konusu oldukça önemli olup araştırma ve projelerde üniversite akademik personelinin araştırma yaparken harcadığı zaman dikkate alınarak akademik personel yanında üniversite hastanelerine de ödeme yapılması düşünülmelidir.

3.1.17. Sağlık Sisteminde Mali Sürdürülebilirliğin Sağlanması

Sağlık sisteminde mali sürdürülebilirliğin sağlanmasına yönelik temel soru alanları ve çözüm önerileri aşağıdaki gibidir:

- SUT fiyatlarının gerçekçi maliyet değerlendirilmeleri yapılarak düzenlenmesi sağlık kuruluşlarının mali sürdürülebilirliği açısından oldukça önemlidir. SGK maliyet analizleri yapabilecek şekilde sistemi dönüştürmelidir.
- Katkı paylarının amacı halkta bir maliyet bilinci oluşturarak gereksiz kullanımı önlemektir. Ancak uygulamada katkı paylarının hedefinden uzaklaştığı düşünülmektedir. Gereksiz kullanımın önünde geçebilmek için aile hekimlerinin atlanarak ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına gidilmesi durumunda taban ödeme uygulamasına geçiş yapılması düşünülmelidir. Ayrıca katkı payları, mükerrer taleplere daha fazla alınacak şekilde gözden geçirilmesinde fayda görülmektedir.
- Katkı payları ile ilgili olarak ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşları muayene katkı paylarının artırılabilmesi için öncelikle nüfusun özellikleri ve bölgesel ihtiyaçlar dikkate alınarak nicelik ve nitelik bakımından güçlendirilmiş aile sağlığı merkezlerinin devreye girmesinin önemli olduğu düşünülmektedir. Ayrıca ilaçlarda sabit katkı payı yerine hangi endikasyonlar için yazıldıklarına bağlı olarak farklı katkı paylarının uygulanması da değerlendirilmelidir. Yüzde şeklinde uygulanan katkı payı bugün uygulamada en yaygın olarak kullanılan yöntem olsa da özellikle Avrupa ülkelerinde yüzde şeklindeki katkı paylarının kademelendirilmesinin sıklıkla kullanıldığı görülmektedir. Ülkemize has kriterler konuyla ilgili uzmanlar ile birlikte belirlenerek ilacın etkililiği ve olası yan etkileri, mevcut alternatif tedavilere göre ilacın terapötik süreçteki yeri, söz konusu hastalığın ciddiliği, ilacın tedavi edici, önleyici ve semptomatik özellikleri, halk sağlığı açısından önemi gibi kriterler belirlenerek geri ödeme oranları ve dolayısıyla katkı

payları kademelendirilmesi değerlendirilmelidir. Bununla birlikte katkı payları belirlenirken hastanın erişiminin önünde bir engel oluşturup oluşturmadığının da iyi değerlendirilmesi gerekmektedir.

- Mali sürdürülebilirliğin bütüncül bir bakış açısı ile ele alınması gereklidir. Hizmet sunumu ile ödeme arasındaki ilişkinin sağlanması önemlidir. Global bütçe uygulaması hizmetlerin denetlenmesi gerekliliğini ortadan kaldırmıştır. Sağlık Bakanlığı ile üniversite hastaneleri için yeni bir ödeme modeli ortaya koyulmalıdır.
- TİK uygulamasına geçilmesi önerilmektedir. Bunun ICD-11'in kullanımını ve dünya ile entegreolunmasını sağlayacağı ve doğru bir kodlamayı da beraberinde getireceği düşünülmektedir. ICD-11 kodları ile uyumlu olan ICHI (International Classification of Health Interventions) kodlarına geçilmesi de değerlendirilmelidir.
- Sürdürülebilir bir sağlık hizmeti için sürdürülebilir bir ilaç politikası gereklidir. İlaç fiyat farklarındaki artışlar, bazı ilaçların bulunamamasının nedenleri ve ilaç fiyat kararname düzenlemesi yeniden gözden geçirilmelidir.
- Sürdürülebilirlik açısından sadece mali harcamaların değil mali planlamanın da göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Üst politika belgelerinin yeniden revize edilmesine ihtiyaç vardır.
- Eğitim, kaynak geliştirme ve mali sürdürülebilirlik açısından planlama yapılması gereklidir. Hizmetlerin özelleştirilerek kurumların farklı alanlarda uzmanlaşması ya da ilerleme sağlaması düşünülmektedir. Maliyetlerin karşılanması konusunda ise sürdürülebilirlik açısından sadece vergilerle değil ayrı ve özel fonların oluşturulması da gerekli olacağı değerlendirilmektedir.
- Sağlıkın korunması ve geliştirilmesinde değer temelli sağlık hizmeti yaklaşımı, hizmeti sunan sağlık kuruluşundan, parasını ödeyen sigorta kuruluşuna kadar sağlık hizmetinin her aşamasında dikkate alınmalıdır. Bu bakışla, finansman ve geri ödeme politikalarına yönelik teşvik paketleri oluşturulmalıdır. Dünya örneklerinde olduğu gibi, belirlenen veya beklenen iyileşme düzeylerine göre ödeme biçiminde, katkı payları da dâhil, farklılıklar yapılmalı, sağlığı koruyucu ve geliştirici önlemleri kendi sağlığını yöneterek yaşam biçimi değişikliği yapan kişilerin daha az sigorta primi ödemesi benzeri uygulamaları içeren mevzuat düzenlemeleri yapılmalıdır. Değer temelli satın alma yaklaşımına ilişkin iyi uygulama örnekleri de bu kapsamda desteklenmelidir. Sağlık

kuruluşlarınca elektronik sağlık kayıtlarının amacına uygun biçimde sisteme girilmesi ve paylaşımı da bu destekler arasında düşünülmelidir.

3.2. Uzun Vadeli Hedefler

Komisyon üyeleri tarafından 2053 Vizyonu kapsamında belirlenen uzun vadeli hedefler aşağıda yer almaktadır:

- Aile hekimlerinin uzun vadede çok daha yönetilebilir bağlı nüfuslara sahip olmalarına yönelik politikaların geliştirilmesi önerilmektedir.
- Türkiye nüfusunun gelecekte artacağı dikkate alındığında; birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin entegrasyonunun tamamlanması önem arz etmektedir.
- Türkiye'nin bölgesel ya da küresel düzeyde biyolojik ürün üretebilecek kapasiteye ulaşması ve sadece bulaşıcı hastalıklar için değil bulaşıcı olmayan hastalık grupları için de kullanılacak ürünler ile ilgili araştırma kapasitesi, lojistik ve insan gücü kaynakları açısından yeterli hale gelmesi için gerekli adımların atılması önerilmektedir.
- İnsanın çevre içerisinde bir canlı türü olmasından hareketle ekolojik sistemlerin bozulmasını engelleyecek gerekli stratejileri geliştirmiş ve uygulayabilmiş bir ülke olmak ve ekolojik dengeleri son derece tutarlı ve yeterli bir hale getirmek amacıyla gerekli önlemlerin alınması gerekmektedir.
- Sağlık kavramının sadece sağlık hizmetleri ve sağlık sektörü bakış açısı ile değil aynı zamanda farklı türden aktör ve sektörlerin de göz önünde bulundurulduğu bütüncül bir perspektif içinde ve entegre çalışan büyük bir alanda ele alınması önerilmektedir.
- Halk sağlığını korumak adına, dünyanın karşı karşıya olduğu kuraklık tehlikesi, su ve gıda krizi ile iklim değişikliği gibi tehditlerle mücadele edebilmek için kendine yeter bir ülke olabilmek ve özellikle doğayı korumak amacıyla yenilebilir enerji kaynaklarını hedeflemek oldukça önem taşımaktadır. Ancak çevre problemlerinin artık ulus ötesi boyutlarda çözümlenmek zorunda olunduğunun farkında olunması ve bu noktada Türkiye'nin kendi coğrafyasındaki diğer ülkeleri bir araya getirerek ve bölgesel bir liderlik rolünü üstlenerek çevresel sorunlara yönelik çözüm üretmesinin de gerekli olduğu düşünülmektedir.
- Dünyadaki "insan" kavramına yaklaşımın değiştiğinin ve toplumdan bireye doğru değişen kimliğin farkında olarak; birinci basamak sağlık hizmetlerinden önceki basamağın (sıfırıncı basamak) varlığının ve bireyin bu basamağın temel ögesi

olduğunun da bilincinde olarak geleceğin planlanması gerekmektedir. Bu anlamda bireyin sıfıncı basamakta kendisini koruyabilmesinde; sağlık bilgisine erişmesi ve kullanması ile sağlık okuryazarlığının güçlendirilmesinin önemli olduğu düşünülmektedir.

- Bireyin beden sağlığı kadar ruh sağlığının da önemli olduğu düşünüldüğünde ve bireyselleşmenin yalnızlaşma ile birlikte ruh sağlığı üzerinde etkili olabileceği dikkate alındığında bireylerin ruh sağlığını güçlendirerek bireyleri bu yönde destekleyecek çalışmaların planlanması gerekmektedir. Teknolojinin gelişmesiyle beraber ortaya çıkabilecek psikososyal sorunlara destek olabilecek psikososyal destek sistemlerinin geliştirilmesi ve daha aktif kullanılması önerilmektedir. Ayrıca zararlı maddelerle mücadele konusunun da değerlendirilmesi önem taşımaktadır.
- Her ne kadar gelecekte bireyselleşme ve sonuçlarına hazırlıklı olmak önerilse de, insanları bireyselleşmeye ve yalnızlaşmaya iten nedenlerin doğru analiz edilmesi oldukça önemlidir. Bireyin bu yalnızlıktan nasıl kurtulacağına, nasıl daha insani ve daha toplumsal bir bakış açısı geliştirileceğine yönelik çözüm önerileri getirilmesi gerekmektedir. Kendisinden önce diğerlerini düşünen bir bakış açısının geliştirilmesi, çevreye karşı daha duyarlı olunması ile sağlığın geliştirilmesi ve koruyucu sağlık hizmetlerine daha fazla önem verilmesini de birlikte getirecektir.
- Gelecekte ortaya çıkacak yeni sağlık mesleklerini doğru tahmin etmek ve eğitim ihtiyacı, insan kaynağı planlaması ve yeni meslek tanımlarına hazırlıklı olmak gerekmektedir.
- Geleceğe ilişkin rasyonel bir sağlık insan gücü planlaması yapılması oldukça önemlidir. Fakat özellikle hemşire ve ebe sayısı açısından istenilen rakamlara ulaşmak için bugünden planlama yapmanın önemli olduğu düşünülmektedir.
- Yaşlanan nüfus yapısının bilincinde olarak ve mevcut yaşlı bakım modelimizin gelecekte yeterli olmayabileceğini de dikkate alarak yeni nesil sağlık destek sistemlerinin oluşturulması önerilmektedir. Ayrıca yaşlı nüfus için ihtiyaç duyulacak rehabilitasyon hizmetlerinin de planlanması gerekmektedir. Ancak bugünkü yaş tanımlarımız ve yaşlı grup tanımlarımızın da gelecekte farklı olabileceğini göz önünde bulundurmak gerekmektedir.
- Nüfusun yaşlanması önemli bir yönü de çalışma çağındaki genç nüfusun azalması olarak görülmelidir. Genç nüfusun artırılmasına yönelik doğurganlığın nasıl teşvik

edilebileceği ile ilgili tedbirlerin ve politikaların hayata geçirilmesi önem arz etmektedir.

- Sağlık finansmanında yeni modellere ihtiyaç duyulacağı ve bunun doğru planlanması gerektiği düşünülmektedir.
- Gelecekte teknolojinin gelişmesine bağlı olarak sağlık hizmeti verilecek kuruluşların ve mekânların tasarlanması önem taşımaktadır. Ayrıca merkezine sağlığın korunması ve bireyi koyan, geçmişte elde edilen deneyimlerden yararlanılarak değiştirilebilen ve esneyen ama temelinde mutlak entegrasyon olan bir sağlık sisteminin kurgulanması gerekmektedir.
- Kişiselleştirilmiş tıbbı doğru olan gidiş, bireyin sağlık durumunun daha iyi tanımlanmasını gerektirmekte ve bu durum ise daha iyi kayıt sistemlerine olan ihtiyacı gündeme getirmektedir. Gelecekte farklı kaynaklardan toplanan kayıtların daha kullanılabilir, temiz ve yararlı bilgilere dönüşmesini sağlayacak bir düzenlemeye ihtiyaç duyulmaktadır. Bunun yanında bireylerin bu kayıt sistemlerinden yola çıkılarak risk faktörlerinin belirlenmesi ve biyogöstergelerin geliştirilmesi gerekmektedir. Ülkemizde yaşayan insanların genetik faktörlerden ve çevresel unsurlardan kaynaklı risk faktörlerinin belirlenmesinin ve bunların biyogöstergeler ile tanımlanmasının koruyucu sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi anlamında önemli faydalar sağlayacağı düşünülmektedir. Buna göre tıp eğitiminin de süre ve içerik olarak değişmesi ve yeniden şekillenmesi gerekecektir. Biyolojik, patolojik ve fizyolojik temelli standart tıp eğitiminin yanı sıra çok daha fazla veriyi inceleyebilecek, analiz edebilecek ve insan ilişkilerinde yeterli donanıma sahip hekimlerin yetiştirilmesine ihtiyaç duyulacaktır. Dolayısıyla ileride nasıl hekimlere ve genel olarak nasıl sağlık profesyonellerine ihtiyaç duyulacağını bugünden düşünüp eğitimi buna göre şekillendirmek oldukça önemlidir.
- Sağlığın gelişmesinde en çok etkili olan faktörlerin genellikle başka alanlardaki gelişmeler olduğu dikkate alındığında özellikle dijitalleşmenin gelecekte koruyucu hizmetler ile tanı ve tedavi hizmetleri üzerindeki potansiyel etkilerinin hızla artacağı düşünülmektedir. Yarının hastanesi ve sağlık sisteminin çok farklı olabileceği, robotların, uygulamaların ve yapay zekânın kullanımının önemli olacağı düşünüldüğünde, robotik işlemlerin ve yeni yöntemlerin kullanımını da gerçekleştirebilecek hekimlerin ve sağlık profesyonellerinin yetiştirilmesi ile bu yönde hazırlıklı olunması önem arz etmektedir. Özellikle insani değerlere önem veren ve var

olan teknolojileri sonuna kadar kullanan hekimlere ihtiyaç duyulacağı için mühendislik başta olmak üzere farklı mesleklerle ortak dili kullanacak şekilde eğitim programlarının geliştirilmesi gerekmektedir.

- Tıp eğitiminin yeniden gözden geçirilmesi oldukça önemlidir ve özellikle hekimleri yetiştiren akademik kadroların kapasite ve bilgi birikimlerinin de bu yönde ve geleceğin ihtiyaç ve şartlarına uygun bir şekilde güncellenmesi gerekmektedir.
- Sağlığın korunması ve geliştirilmesi konsepti içerisinde, teknolojiyi kavramına sadece sağlık alanında kullanılan ya da kullanılacak teknolojiler kapsamında yaklaşmamak gerekmektedir. Sağlık alanında kullanılan teknolojiler yanında sağlıklı kalma teknolojilerinin de önemli olduğu düşünülmektedir. Örneğin, “akıllı ev” konseptinin içerdiği çeşitli takip ve karar verme mekanizmaları ile gelecekte sağlıklı kalma konusunda çok önemli bir role sahip olacağı ve sağlık ürünlerinin başında bu tür kavramların yer alacağı dikkate alınmalıdır.
- Ülkemiz ulusal sanayisinin gelecekte yenilikçi ilaç ve aşı geliştirme kapasitesinin ve altyapısının artırılması önem arz etmektedir. Yenilikçi bir ürünün piyasaya çıkarılması oldukça zor olsa da, özellikle pandemi sürecindeki deneyimlerden yola çıkılarak yeni ilaç ve tedaviler geliştirme altyapı ve potansiyeli olan daha küçük ölçekli firmaların desteklenmesinin önemli olduğu düşünülmektedir.
- Gelecekte sağlık sektöründe; giyilebilir teknolojiler, akıllı haplar, tıbbi cihazların interneti, artırılmış gerçeklik ve karma gerçeklik, yapay zekâ sistemleri, teşhis kodları, organ nakil teknolojileri, tele-sağlık ve sağlık yazılımları gibi konu ve kavramların yakından takip edilmesi gerektiği düşünülmektedir.
- “Topyekûn sağlık” kavramının dikkate alınmasının ve hem teşhis, hem tedavi, hem de rehabilitasyon konusunda bütüncül bir bakış geliştirilmesinin önemli olduğu düşünülmektedir.
- Türkiye’nin uluslararası sağlık hizmeti alanında “Health Türkiye” markası ile küresel bir odak ve marka haline gelmesinin önemli bir hedef olarak ortaya koyulması önerilmektedir.
- Türkiye’nin “Medula” ve “e-nabız” üzerinde önemli bir sağlık verisi bulunmaktadır. Bu verilerin anonimleştirilerek uzmanların kullanımına açılması Türkiye’nin marka değerini artıracaktır.

4. SONUÇ VE GENEL DEĞERLENDİRME

Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesi ÖİK çalışmalarında; koruyucu ve geliştirici sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi, bulaşıcı olmayan hastalıklarla mücadele, Covid-19 pandemisi ve bulaşıcı hastalıklarla mücadele, çocuk, kadın ve üreme sağlığı – anne ve bebek ölümleri, nadir hastalıklar, yataklı tesis planlaması, sağlık insan gücünün nicelik ve nitelik olarak iyileştirilmesi ve bölgeler arası dengeli dağılımın gözetilmesi, aktif yaşlanma ve yaşlı nüfusa yönelik sağlık hizmetleri, göç sağlığı hizmetleri, sağlıkta hizmet sunum kalitesinin artırılması, veri ve kanıta dayalı politika oluşturma – veri üretimi, sağlık hizmetlerinin ve hastanelerin dijitalleşmesi, akılcı ilaç kullanımı, yenilikçi ilaç ve tıbbi cihaz üretimi, sağlık turizmi, üniversite hastanelerinin sağlık sistemi içerisindeki rolü ve mali sorunları, sağlık sisteminde mali sürdürülebilirliğin sağlanması ana başlıkları ve bu başlıklar altındaki alt başlıklar kapsamında tartışmalar yürütülmüştür. Bu tartışmalar sonucunda ulaşılan ve plan dönemi perspektifine yönelik temel bazı öneriler şunlardır:

- Birinci basamak sağlık hizmetlerinin öneminin tüm vatandaşlara ve karar alıcılara anlatılması ve SGK'nin ajandasına dâhil edilmesi gerekmektedir.
- Aile hekimliği sisteminde bölgesel hiyerarşi önemli bir çözüm önerisi olarak görülmektedir. Konuya bölgesel hiyerarşik konsültasyon zincirleri sağlayacak şekilde yaklaşılmasında ve konsültasyon zinciri gibi bir sistemin aile hekimliği sistemine dâhil edilmesinde fayda görülmektedir.
- Kadın doğum ve pediatri gibi uzmanlık alanlarındaki hekimler, diş hekimleri, eczacılar ve diyetisyenler ile güçlendirilmiş aile sağlığı merkezleri hizmet basamakları arasındaki entegrasyonun geliştirilmesine katkı sağlayabileceği değerlendirilmelidir.
- Yaşlılığın beraberinde getirdiği her türlü sağlık hizmeti ile beslenme, ilaç, tedaviye yardımcı araçlar gibi çeşitli masrafların karşılanmasının SGK'nin ödeme kapsamına dâhil olması düşünülmelidir. Bu alanda, devletin doğrudan üstleneceği çözümler ya da aile sigortası, yaşlılık sigortası veya bakım sigortası gibi yeni bir sosyal güvenlik alanının tanımlanmasına ihtiyaç vardır.
- Sağlık kavramına multidisipliner bir bakış açısı ile yaklaşılmalı ve bulaşıcı olmayan hastalıklarla mücadelede ilgili tüm paydaşların, özellikle Millî Eğitim Bakanlığı, Tarım ve Orman Bakanlığı, Çevre, Şehircilik ve İklim Değişikliği Bakanlığı ve yerel yönetimlerin rolleri net bir biçimde tanımlanmalıdır.

- Primordial (temel) korunmanın bulaşıcı olmayan hastalıklar ile mücadeledeki öneminin farkına varılarak temel eğitim programları içerisinde bu korunma yöntemlerine yer verilmesi gerekmektedir.
- Kompleks hastalıklarla ilgili tarama programlarında bir sınıflamaya ihtiyaç vardır. Aile öyküsüne dayalı bir tarama programı geliştirilmesi ve aile öyküsüne bağlı taramalar yapılmasının daha pratik ve ekonomik sonuçlar oluşturacağı öngörülmektedir. Ayrıca seçilen hastalıklar için belirlenecek tarama programlarında hangi yaşta, hangi parametrelere göre tarama yapılacağı da belirlenmelidir.
- Sağlık okuryazarlığının teşvik edilmesi ve koruyucu sağlık ile ilgili birey sorumluluğunun geliştirilmesine yönelik faaliyetlerin planlanması önerilmektedir.
- Pandemiler henüz ortaya çıkmadan önce onu tespit ve takip edecek sistemlerin kurulması gerekmektedir. Erken uyarı sistemlerine yönelik önlemlerin alınması elzemdir.
- Farklı türde pandemiler söz konusu olabilir ve bu noktada jenerik uygulamalara ve jenerik pandemi ile mücadele planlarına ihtiyaç duyulmaktadır.
- Pandemi ile mücadelede alınan önlemler konusunda kamuoyunun ikna edilmesinin önemi bilinmektedir. Bu konuda içinde sivil toplum kuruluşları temsilcilerinin de yer aldığı bağımsız kalıcı bir pandemi kurulu oluşturulması değerlendirilmelidir.
- Aşı geliştirilmesi ve üretimi alanlarına yatırım yapılmasının oldukça önemli olduğu düşünülmektedir.
- Aşılama programlarının, “yaşam boyu bağışıklama programları” şeklinde ele alınması gerekmektedir. “Yaşam boyu bağışıklama” prensibiyle pediatrik aşılamanın yanı sıra yetişkin aşılamanın da geliştirilmesine yönelik hedef ve politikaların önceliklendirilmesi gerekmektedir. Ulusal Yaşam Boyu Bağışıklama Programının oluşturulması önerilmektedir.
- Çocuk, kadın ve üreme sağlığı hizmetlerinin güçlendirilmesi konusunda; kadının eğitimi, doğum aralıklarının yönetimi, bölgesel bebek ve anne beslenmesi ile ilgili farklılıkların giderilmesi, akraba evliliklerinin ve erken yaşta evliliklerin önlenmesi gibi tedbirlerin dikkate alınması gerekmektedir.
- Nadir hastalıklar ile ilgili evlilik öncesi ve yenidoğan tarama programlarının genişletilmesi ve Sağlık Bakanlığının tarama ile ilgili hususlarda üniversiteler ile birlikte karar vermesi önerilmektedir.

- Yetim ilaçların geri ödemesinde değer temelli yaklaşımların tercih edilmesi ve bunun kaynağının ayrı bir fon ya da bütçe ile karşılanması önerilmektedir. Ayrıca ulusal yetim ilaç mevzuatının oluşturulması düşünülmelidir.
- Var olan yatak sayısı ile etkili bir hizmet sunumunun gerçekleştirilebilmesi için; ayakta tanı ve tedavi işlemlerinin hızlandırılması ve imkânlarının artırılması, evde bakım ve palyatif bakım merkezlerinin iyileştirilmesi, uzaktan sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve personel yetersizliklerinin giderilmesi önerilmektedir.
- Sağlık insan gücü dağılımdaki dengesizliklerin bir insan kaynakları yönetimi sorunu olduğu dikkate alındığında nitelikli insan gücünü istihdam edebilmeyi kolaylaştıracak, yarı zamanlı kadrolar ya da anlaşmalı kadrolar gibi çeşitli kadro tiplerini değerlendirmeye alarak istihdam modellerinde çeşitlendirmeye gidilmesi önerilmektedir.
- Yaşlı bakımında hem sağlık hem de sosyal hizmet boyutlarını bir araya getiren bir bakış açısına ihtiyaç vardır. Sağlık Bakanlığı ile Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı'nın yaşlıların evinde ve yerinde sağlık hizmeti alabilmesini kolaylaştırmak için koordineli bir şekilde çalışması önerilmektedir.
- Evde bakım ve palyatif bakımın finansal olarak sürdürülebilirliğinin sağlanabilmesi için finansal bir modele ihtiyaç vardır. Bakım/destek sigortası ya da aile sigortası modelleri gibi bir finansal kaynak bulunmalı, genel sağlık sigortası içerisinde yeni bir alan ya da finansal model oluşturulmalıdır.
- SIHHAT Projesi hibelerinin sona ermesinin ardından göçmen sağlığı merkezlerinin Sağlık Bakanlığı'na entegrasyonunun tartışılması ve sürdürülebilirlik konusunda yeni kaynakların ayrılması önerilmektedir.
- Sağlıkta hizmet sunum kalitesinin artırılabilmesi için kalitenin uygun ödeme ya da ödüllendirme sistemi ile desteklenmesi gerekmektedir. Global bütçe sisteminin tekrar masaya yatırılarak ödül ve teşvik sistemini bu yapıya entegre etmek, kaliteyi finanse edecek ve kaliteli sağlık kurumlarını ödüllendirecek bir model tasarlamak gereklidir.
- Hasta güvenliğinin sağlanması ve tıbbi hataların önlenmesi konusunda düzenlemelere, kültürel ve davranış değişikliğine ve özellikle çalışan farkındalığına ihtiyaç vardır. Sağlık profesyonellerin eğitiminde kalite ve hasta güvenliği konuları müfredata yansıtılmalıdır.

- Farklı kurumların ürettikleri sağlık verilerinin birbirinden haberdar olmasını, eşgüdümlü olmasını ve aynı havuzda toplanmasını sağlayacak karar destek sistemlerinin kurulması önerilmektedir.
- Kamuda yazılım satın alma sürecine bir mal satın almak gibi değil bir hizmet satın almak olarak yaklaşılması ve kamunun yazılım ile ilgili temel felsefesini değiştirmesi önerilmektedir.
- Dijital teknolojilerin sağlık sektöründe hangi alanlarda nasıl kullanılacağı konusunda sınırlılıkların belirlenmesi ve dijitalleşmenin hukuk ve etik yönden değerlendirilerek yasal mevzuatın oluşturulması gerekmektedir.
- Sağlık sisteminde hekimler için tanı ve tedavi edici kısımda yönlendirici algoritmalara yani klinik rehberlere kesinlikle gereksinim bulunmaktadır. Klinik rehberlerin hazırlanmasında tıpta uzmanlık dernekleri ve Sağlık Bakanlığı ile geri ödeme sisteminin de yer aldığı bir yapı oluşturularak ve endüstrinin de görüşleri alınarak çok paydaşlı bir sistem oluşturulması daha doğru olacaktır.
- Farklı ilaç ve tedavi yöntemleri arasında hangisinin geri ödeneceği ya da bir hizmetin geri ödeme kapsamına alınıp alınmayacağı ile ilgili çalışmalar yürütmek için geri ödemedeki bağımsız bir yapılanmaya ihtiyaç duyulmaktadır. Geri ödeme kararlarının özellikle sağlık teknolojisi değerlendirme çalışmalarına dayandırılması ise oldukça önemlidir.
- Sağlık turizminde ucuz sağlık hizmetlerinden ziyade katma değeri daha yüksek alanlara yönelmek gerekmektedir. Sağlıklı yaşam, termal köyler, palyatif bakım, yaşlı bakımı gibi önemli potansiyel konular ile sağlık turizmini çok geniş bir alanda düşünmek önemlidir.
- Üniversite hastanelerinin yeniden yapılanma ihtiyacı olduğu düşünülmektedir. Üniversite hastaneleri için yeni bir yönetim modeli oluşturulması oldukça önemlidir.
- Üniversite hastanelerine gerçekçi fiyatlara dayalı geri ödeme yapılması mali sorunlarının çözümüne katkıda bulunacaktır.
- Üniversite hastanelerinde mesai dışı muayene ücretlerinin artırılması oldukça önemlidir. Ayrıca döner sermayeler üzerindeki personel yükünün özel bütçeye aktarılması değerlendirilmelidir.
- SUT fiyatlarının gerçekçi maliyet değerlendirilmeleri yapılarak düzenlenmesi sağlık kuruluşlarının mali sürdürülebilirliği açısından oldukça önemlidir.

- Sağlık Bakanlığı ile üniversite hastaneleri için yeni bir ödeme modeli ortaya koyulmalıdır.

KAYNAKLAR

- Australian Institute of Health and Welfare (2022). *Infectious and communicable diseases*, <https://www.aihw.gov.au/reports/australias-health/infectious-and-communicable-diseases>. Erişim Tarihi: 16.06.2023.
- Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı (1963). *Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1963-1967)*, Başbakanlık, Ankara.
- Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı (1968). *İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1968-1972)*, Başbakanlık, Ankara.
- Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı (1973). *Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı (1973-1977)*, Başbakanlık, Ankara.
- Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı (1979). *Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı (1979-1983)*, Başbakanlık, Ankara.
- Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı (1985). *Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1985-1989)*, Başbakanlık, Ankara.
- Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı (1990). *Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı (1990-1994)*, Başbakanlık, Ankara.
- Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı (1996). *Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1996-2000)*, Başbakanlık, Ankara.
- Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı (2001). *Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (2001-2005)*, Başbakanlık, Ankara.
- Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı (2006). *Dokuzuncu Kalkınma Planı (2007-2013)*, Başbakanlık, Ankara.
- Birleşmiş Milletler (2023). Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri, <https://turkiye.un.org/tr/sdgs/3>. Erişim Tarihi: 16.06.2023.
- Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı (2019). *On Birinci Kalkınma Planı (2019-2023)*, Cumhurbaşkanlığı, Ankara.
- Çelik, Y. (2006). *Sürdürülebilir kalkınma kavramı ve sağlık*. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 9(1), 19-37.

- Disease Control Priorities Project (2007). *Natural Disasters: Coping with the Health Impact*, <https://www.eird.org/isdr-biblio/PDF/Natural%20disasters%20coping.pdf>, Erişim Tarihi: 16.06.2023.
- Kalkınma Bakanlığı (2013). *Onuncu Kalkınma Planı (2014-2018)*, Kalkınma Bakanlığı, Ankara.
- Ko, H. (2016). Unmet healthcare needs and health status: panel evidence from Korea. *Health Policy*, 120(6), 646-653.
- Kravchenko, I. E., Galieva, A. M., & Vafin, A. Y. (2021). *Relevance of the problem and the current situation with infectious morbidity in the Russian Federation*. *Kazan Medical Journal*, 102(1), 85-91.
- Lucero-Prisno III, D. E., Shomuyiwa, D. O., Kouwenhoven, M. B. N., Dorji, T., Odey, G. O., Miranda, A. V., ... & Wong, M. C. (2023). Top 10 public health challenges to track in 2023: Shifting focus beyond a global pandemic. *Public Health Challenges*, 2(2), e86.
- Mbunge, E., Batani, J., Gaobotse, G., & Muchemwa, B. (2022). *Virtual healthcare services and digital health technologies deployed during coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic in South Africa: a systematic review*. *Global health journal (Amsterdam, Netherlands)*, 6(2), 102-113.
- Memiş, L., & Babaoğlu, C. (2020). Acil durum ve afet yönetiminde süreç yaklaşımı ve teknoloji. *Ömer Halisdemir Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 13(4).
- Ndayishimiye, C., Lopes, H., & Middleton, J. (2023). *A systematic scoping review of digital health technologies during COVID-19: a new normal in primary health care delivery*. *Health and Technology*, 1-12.
- Ngwa, C. H., Doungtso, B. C. K., Bihnwı, R., Ngo, N. V., & Yang, N. M. (2022). *Burden of vaccine-preventable diseases, trends in vaccine coverage and current challenges in the implementation of the expanded program on immunization: A situation analysis of Cameroon*. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 18(1), 1-10.
- OECD, Organisation for Economic Co-operation and Development (2022). *Sağlık istatistikleri*, <https://stats.oecd.org/>. Erişim Tarihi: 01.11.2022.
- OECD, The Organisation for Economic Co-operation and Development. (2020). *Unmet needs for health care: comparing approaches and results from international surveys*.

- <https://www.oecd.org/health/health-systems/Unmet-Needs-for-Health-Care-Brief-2020.pdf>., Erişim Tarihi: 16.06.2023.
- OECD, The Organisation for Economic Co-operation and Development. (2021). *Government at a Glance 2021*. https://www.oecd-ilibrary.org/governance/government-at-a-glance-2021_31967a70-en., Erişim Tarihi: 16.06.2023.
- OECD, The Organisation for Economic Co-operation and Development. (2011). *Health at a Glance 2011. Organisation for Economic Co-operation and Development*.
- OECD, The Organisation for Economic Co-operation and Development. (2019). *Health for Everyone? Social Inequalities in Health and Health Systems*. https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-for-everyone_3c8385d0-en., Erişim Tarihi: 16.06.2023.
- OWID, OurWorldinData (2022). *Covid-19 ile ilgili istatistikler*, Our World in Data by partnership Global Change Data Lab and Universty Oxford, <https://ourworldindata.org/>. Erişim Tarihi: 01.11.2022.
- PAHO, Pan American Health Organization. (2000). *Natural disasters protecting the public's health*. PAHO Library Cataloguing in Publication Data.
- WHO. World Health Organization. (2022). *Climate change and health*., <https://www.who.int/health-topics/climate-change>
- Puleo, V., Gentili, A., Failla, G., Melnyk, A., Di Tanna, G., Ricciardi, W., & Cascini, F. (2021). *Digital health technologies: a systematic review of their cost-effectiveness*. *European Journal of Public Health*, 31(3), 103-104.
- Raffoul, M., Moore, M., Kamerow, D. ve Bazemore, A. (2016). *A primary care panel size of 2500 is neither accurate nor reasonable*. *J Am Board Fam Med*, 29: 496-499.
- Sağlık Bakanlığı (2011). *Türkiye’de bulaşıcı olmayan hastalıklar ve risk faktörleri ile mücadele politikaları*. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü.
- SB, T.C. Sağlık Bakanlığı (2005). *Sağlık İstatistikleri 2004*. Araştırma, Planlama ve Koordinasyon Kurulu Başkanlığı, Sağlık Bakanlığı, Ankara.
- SB, T.C. Sağlık Bakanlığı (2010). *Sağlık istatistikleri yıllığı 2008*. Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı, Ankara.

- SB, T.C. Sağlık Bakanlığı (2011). *Sağlık istatistikleri yıllığı 2010*. Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı, Ankara.
- SB, T.C. Sağlık Bakanlığı (2012). *Sağlık istatistikleri yıllığı 2011*. Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı, Ankara.
- SB, T.C. Sağlık Bakanlığı (2013). *Sağlık istatistikleri yıllığı 2012*. Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı, Ankara.
- SB, T.C. Sağlık Bakanlığı (2014). *Sağlık istatistikleri yıllığı 2013*. Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı, Ankara.
- SB, T.C. Sağlık Bakanlığı (2015). *Sağlık istatistikleri yıllığı 2014*. Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı, Ankara.
- SB, T.C. Sağlık Bakanlığı (2016). *Sağlık istatistikleri yıllığı 2015*. Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı, Ankara.
- SB, T.C. Sağlık Bakanlığı (2017). *Sağlık istatistikleri yıllığı 2016*. Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı, Ankara.
- SB, T.C. Sağlık Bakanlığı (2018). *Sağlık istatistikleri yıllığı 2017*. Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı, Ankara.
- SB, T.C. Sağlık Bakanlığı (2019). *Sağlık istatistikleri yıllığı 2018*. Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı, Ankara.
- SB, T.C. Sağlık Bakanlığı (2022a). *Sağlık istatistikleri yıllığı 2020*. Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı, Ankara.
- SB, T.C. Sağlık Bakanlığı (2022b). *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2021 Haber Bülteni*. Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı, Ankara.
- TÜİK, Türkiye İstatistik Kurumu (2022). *İstatistik Veri Portalı*. <https://data.tuik.gov.tr/>. Erişim Tarihi: 01.11.2022.
- UN, United Nations (2011). *High-Level Meeting of Heads of State and Government on the Prevention and Control of Non-Communicable Diseases*. New York.
- UN, United Nations (2023). *The Sustainable Development Goals/Good Health and Well-being*, <https://turkiye.un.org/en/sdgs/3>. Erişim Tarihi: 16.06.2023.

- US FDA, Food and Drug Administration (2023). *What is Digital Health?*, <https://www.fda.gov/medical-devices/digital-health-center-excellence/what-digital-health>. Erişim Tarihi: 18.06.2023.
- WB, World Bank (2022). World Bank Open Data. <https://data.worldbank.org/>. Erişim Tarihi: 01.11.2022.
- WHO, World Health Organization (2008). *The World Health Report 2008, Primary Health Care-Now More Than Ever*. World Health Organization.
- WHO, World Health Organization (2022a). *Noncommunicable diseases*, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>. Erişim Tarihi: 16.06.2023.
- WHO, World Health Organization (2022b). *New report shows progress and missed opportunities in the control of NCDs at the national level*, <https://www.who.int/news/item/12-05-2022-new-report-shows-progress-and-missed-opportunities-in-the-control-of-ncds-at-the-national-level>. Erişim Tarihi: 16.06.2023.
- WHO, World Health Organization (2023a). *Communicable and noncommunicable diseases, and mental health*, <https://www.who.int/our-work/communicable-and-noncommunicable-diseases-and-mental-health>. Erişim Tarihi: 16.06.2023.
- WHO, World Health Organization (2023b). *Digital health*, <https://www.who.int/health-topics/digital-health>. Erişim Tarihi: 18.06.2023.
- WHO. World Health Organization. (2000). Sustainable development and health: concepts, principles and framework for action for european cities and towns.
- WHO. World Health Organization. (2023). *Doğal Afetler*, <https://www.who.int>.
- WorldBank. (2023). *Sağlık Harcması İstatistikleri*, <https://data.worldbank.org/>.

www.sbb.gov.tr



TÜRKİYE CUMHURİYETİ CUMHURBAŞKANLIĞI
STRATEJİ VE BÜTÇE BAŞKANLIĞI

YÖNETİM HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
BİLGİ VE BELGE YÖNETİMİ DAİRESİ BAŞKANLIĞI

Ankara 2023

Necatibey Cad. No: 110/A 06570 Yücefepe - ANKARA
Tel: +90 (312) 294 50 00 • Faks: +90 (312) 294 52 98

ISBN NO: 978-625-8356-83-0

STRATEJİ VE BÜTÇE BAŞKANLIĞI YAYINLARI BEDELSİZDİR, SATILAMAZ.